

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 janvier 1895, à 1 heure

Par J. PIERRE

Ex-Interne des Hôpitaux de Toulouse, Lauréat de la Faculté de Toulouse,

Ex-Préparateur de Médecine légale,

Interne de l'Hôpital et du Dispensaire de Rothschild de Berck-sur-Mer.

DE LA NATURE

DES MALADIES

DITES

SCROFULEUSES

DES YEUX, DES OREILLES, DU NEZ, DU PHARYNX

Et de leur Traitement au bord de la mer

BERCK

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur ; MARFAN, QUENU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE CENTRALES DES CHEMINS DE FER

IMPRIMERIE CHAIX

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE CINQ MILLIONS

Rue Bergère, 20

1895

131

131

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 janvier 1895, à 1 heure

Par J. PIERRE

Ex-Interne des Hôpitaux de Toulouse, Lauréat de la Faculté de Toulouse,

Ex-Préparateur de Médecine légale,

Interne de l'Hôpital et du Dispensaire de Rothschild de Berck-sur-Mer.

DE LA NATURE

DES MALADIES

DITES

SCROFULEUSES

DES YEUX, DES OREILLES, DU NEZ, DU PHARYNX

Et de leur Traitement au bord de la mer

BERCK

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur ; MARFAN, QUENU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE CENTRALES DES CHEMINS DE FER

IMPRIMERIE CHAIX

SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE SIX MILLIONS

Rue Bergère, 20

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN. M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTÉTER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEYS.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

En parcourant l'ouvrage du Dr Cazin sur : « l'Influence des bains de mer sur la scrofule des enfants », nous avons été surpris que le règlement qui établit les conditions d'admission à l'hôpital maritime de Berck exclue de cet établissement les malades atteints de « conjonctivite catarrhale..., de kérato-conjonctivite aiguë ou chronique, de blépharite ciliaire, d'otorrhée ».

Un peu préparé par nos études spéciales à l'examen et aux soins de ces catégories de malades, nous avons pu contrôler sur place jusqu'à quel point cette exclusion était fondée.

Nous avons pensé qu'en choisissant comme sujet de notre thèse inaugurale le résultat de nos observations, de notre pratique personnelle, nous contribuerions peut-être à éclairer un côté de cette question, encore si controversée, des indications et des contre-indications du traitement marin.

Nous tenons à adresser à M^{me} la baronne James de Rothschild l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour la bonté et la confiance qu'elle n'a cessé de nous témoigner durant notre année d'internat à son hôpital de Berck.

A ce souvenir nous sommes heureux de joindre celui de M. le baron Henri de Rothschild, qui a bien voulu nous faciliter notre tâche en créant à son dispensaire une consultation spéciale pour les maladies des organes des sens.

Que M. Calot, chirurgien de l'hôpital et du dispensaire de Rothschild, veuille agréer nos plus sincères remerciements pour l'initiative qu'il nous a laissé prendre à côté de lui, sous sa bienveillante direction.

Je n'aurais garde d'oublier mes maîtres de la Faculté de Toulouse, à qui je dois en grande partie mon instruction médicale et en particulier M. le professeur Terson qui, le premier, m'a initié à la pratique de l'ophtalmologie.

Nous prions M. le professeur Berger de recevoir l'assurance de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

— Le plan de notre travail est le suivant :

La mauvaise hygiène, les maladies de la première enfance créent un tempérament spécial dit : « scrofuleux », à nutrition ralentie ou viciée, d'une faible résistance aux infections microbiennes.

Les mêmes conditions donnent lieu à une hyperplasie adénopathique généralisée, surtout accentuée à la gorge et au pharynx.

Si les scrofuleux sont plus spécialement sujets à certaines affections, des yeux, des oreilles, du nez, cela tient à ce que les microbes, qu'on rencontre habituellement dans les cavités de la face, sont chez eux entretenus à l'état de virulence par l'état des tonsilles hypertrophiées et chroniquement enflammées.

D'où la coïncidence fréquente d'une affection de ces organes avec une affection du pharynx, et la nécessité de les traiter en même temps.

Leur durée, leurs récidives dépendent à la fois : 1° de la façon dont est dirigé le traitement local; 2° de l'amélioration de l'état général.

La mer est par excellence le traitement approprié à la scrofule.

Mais peut-on y envoyer les enfants atteints d'ophtalmies, de rhinites, d'otorrhées?

Nous rappelons que nous n'attachons pas au mot : « scrofule » le sens d'une entité morbide.

Nous l'emploierons faute d'un terme plus compréhensif pour désigner une certaine catégorie d'affections microbiennes propres à l'enfance.

DE LA NATURE
DES
MALADIES DITES SCROFULEUSES

DES YEUX, DES OREILLES, DU NEZ, DU PHARYNX

**LA SCROFULE EST-ELLE ENCORE CONSIDÉRÉE
COMME UNE ENTITÉ MORBIDE?**

La fameuse classification de la scrofule en quatre stades de Bazin n'est plus aujourd'hui que le souvenir d'une vue clinique, parfois juste, élevée à la hauteur d'une théorie. S'il est vrai que certains enfants, après avoir eu des gourmes, des coryzas dans l'enfance, présentent plus tard des ophtalmies, des otorrhées accompagnées d'adénites, auxquelles succèdent des arthrites suivies en dernier lieu de généralisations viscérales, il s'en faut que le tableau se reproduise identique chez tous les strumeux, et Bazin confondait comme symptômes d'une même entité morbide des lésions secondaires banales et des lésions spécifiques. La découverte du bacille tuberculeux a dépouillé la scrofule de la plus grande partie de ses attributs : à tel point que des auteurs ne la considèrent plus que comme une tuberculose atténuée.

Pourtant elle ne semble pas encore bannie du cadre noso-

logique. Pour ne citer que les classiques, Jaccoud la définit : « Une dystrophie constitutionnelle, dont les manifestations, de nature inflammatoire pour la plupart, occupent les ganglions lymphatiques, la peau, les muqueuses, le tissu cellulaire, les tissus ostéo-fibreux et les viscères. »

Cette définition rappelle de près la classification de Bazin. Grancher (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 1881) croit que, si l'on tient compte de l'ensemble des caractères qui constituent une maladie : la lésion, les symptômes d'une part, l'étiologie et l'évolution d'autre part, « il y a lieu de décrire séparément la scrofule et la tuberculose ». M. Comby (dans son traité des *Maladies de l'enfance*) parle encore du scrofuleux gras et du scrofuleux maigre; de celui qui est mou, apathique, et de celui qui est vif, intelligent. « Quand on voit, dit-il, un enfant de sept à huit ans, garçon ou fille, au nez gros et rouge, enchifrené, aux lèvres épaisses, portant sur les cornées des ulcérations ou des taches blanchâtres, de l'eczéma autour des oreilles ou des narines, des glandes sous les mâchoires ou sur les côtés du cou, le diagnostic de scrofule s'impose aussitôt; il est écrit en gros caractères sur le facies du sujet ».

Dans le *Traité de médecine*, M. Charrin s'exprime ainsi : « L'idée actuellement la plus répandue, c'est que ce n'est pas une maladie, c'est un terrain, une diathèse. Il n'existe pas, quoi qu'on ait dit, un agent qui lui soit propre. Les microbes que l'on rencontre dans ces cas sont fréquemment des germes ordinaires, et ce qui caractérise une inflammation, une blépharite strumeuse, par exemple, c'est sa *marche lente*, sa *ténacité*, ses *récidives*, beaucoup plus que la bactérie qui l'a engendrée, cette bactérie n'étant habituellement qu'un staphy-

locoque. Quant aux lésions dites spécifiques, les unes rentrent dans la syphilis, les autres dans la tuberculose. »

M. Le Gendre, à défaut d'une définition précise de la scrofule, en donne le commentaire suivant : « En résumé, nous ne savons pas pourquoi certains enfants ont une prédisposition singulière à contracter tant d'affections catarrhales ou inflammatoires banales, mais nous savons que cela est, et nous appelons cette prédisposition une diathèse. » Et cet auteur trouve à la base de la diathèse qui nous occupe les causes constitutives suivantes :

1° L'hérédité directe ou détournée, un scrofuleux engendrant un scrofuleux; un tuberculeux, un syphilitique..., un arthritique engendrant des scrofuleux.

2° L'atavisme. — Des parents phtisiques engendrant des scrofuleux, qui peuvent à leur tour procréer des phtisiques.

3° L'innéité ou l'ensemble des mauvaises conditions qui président à la procréation : misère, vieillesse, consanguinité, alcoolisme, etc.

Voilà comme causes héréditaires.

M. Le Gendre dit aussi que : « La scrofule peut être acquise et résulter de la mauvaise hygiène et des maladies qui assaillent l'enfant dans les premières années de son existence. »

Laissant pour le moment de côté la scrofule acquise, nous pensons qu'il ne faut admettre qu'avec d'extrêmes réserves la scrofule héréditaire.

Lorsque M. Le Gendre affirme que « des cellules ayant une activité vitale d'un taux déterminé chez les générateurs donnent naissance chez l'engendré à des cellules d'un taux vital semblable », il énonce une loi qui ne nous paraît pas

rigoureusement vraie. Il reconnaît lui-même qu'un arthritique peut engendrer un scrofuleux; ce qui prouve déjà que les qualités biologiques ou chimiques des cellules peuvent subir, en passant des parents au fils, des modifications profondes. M. Charrin dit qu'on ne conçoit pas, à l'heure présente, de matières qui soient à même de pénétrer dans l'organisme, d'y séjourner sans s'éliminer, sans subir des métamorphoses qui sont dépendantes du mouvement vital.

En dehors de la transmission directe des germes (syphilis, tuberculose), fait brutal et que nous n'avons pas à envisager, la transmission chimique, la transmission du terrain est soumise à des variations infinies. Qui est-ce qui n'a pas vu des enfants malingres, chétifs, issus de parents remarquables par leur constitution physique? N'est-ce pas un fait connu des éleveurs, que les défauts comme les qualités sont susceptibles de s'atténuer comme de s'aggraver dans la descendance? Et les scrofuleux peuvent revendiquer toutes les catégories de parents possibles: des robustes et des faibles, des tuberculeux et d'autres qui ne le sont pas; des bruns et des blonds; des jeunes et des vieux; des bien portants et des valétudinaires; des alcooliques et des sobres; des arthritiques, des goutteux, des rhumatisants; on en trouve partout, dans le palais du riche, comme dans la mesure du pauvre. Ils sont pourtant rares à la campagne et exceptionnels dans la population maritime des côtes. Ainsi, à Berck, pendant l'année 1894, je n'ai pas vu au dispensaire Henri de Rothschild, créé spécialement pour les indigents de la localité, un seul enfant de marin atteint d'otite, d'ophtalmie, de rhinite strumeuse...

Est-ce à dire qu'il faille nier toute influence héréditaire? Nous n'allons pas jusque-là. Nous croyons avec M. Charrin

que « l'hérédité peut transmettre aux descendants une nutrition qui engendrera un terrain favorable à l'éclosion du mal ». Mais à la condition que cette nutrition mauvaise soit continuée, prolongée dans l'enfance. Si les cellules du nouveau-né peuvent, à la faveur d'une excellente nourriture première et à l'abri de toute infection, éliminer leurs produits morbides, que restera-t-il de la tare primitive? C'est le cas des enfants qui, nés d'une mère incapable de les allaiter, sont envoyés de la ville à la campagne, à la montagne, ou à la mer et qui en reviennent bien portants et robustes. Si le nouveau-né reste dans un milieu morbide, les cellules seront frappées dans leur évolution et s'aggloméreront en ces tissus mous, flasques, lymphatiques, si susceptibles aux invasions microbiennes et de réparation si lente, si ingrate!...

On ne naît donc pas scrofuleux comme on naît syphilitique; on le devient comme on devient tuberculeux, ou comme on devient rachitique. Si on hérite de quelque chose, c'est du milieu autant et plus que des qualités ancestrales.

II

COMMENT ON DEVIENT SCROFULEUX

Avant d'étudier les conditions qui créent la scrofule, voyons comment se présente à nous un scrofuleux. S'il est en état de bonne santé apparente, c'est un enfant généralement pâle et bouffi, peu vif, malgré des exceptions, ayant peu de goût pour les amusements violents et peu appliqué à son travail, très enclin aux angines, atteint généralement de rhinite, d'otorrhée, avec des taies sur les cornées et des ganglions au cou; le nez est tuméfié, relevé en pied de marmite; les lèvres sont grosses, plus longues qu'il ne faut, il contracte facilement toutes sortes de maladies et met du temps à s'en remettre. C'est un enfant délicat, disent les mères, ayant besoin de soins et d'huile de foie de morue.

S'il traverse une période aiguë, et cela arrive souvent au printemps et à l'automne, le tableau est plus saisissant : atteint souvent aux yeux, on le voit, la tête énergiquement baissée vers la terre et les paupières fermées par le blépharospasme, chercher les coins sombres; les larmes qui inondent ses joues y laissent des traînées eczémateuses, rouges et enflammées; le nez congestionné est énorme, l'entrée des narines est encombrée de croûtes suintantes reposant sur une surface excoriée, la lèvre supérieure est rouge et immobile; quelquefois les oreilles sécrètent abondamment un muco-pus fétide; d'énormes

adénités sous-maxillaires raidissent le cou et donnent à tout l'être une impression de souffrance. Tous les tissus, tous les organes paraissent ressentir le contre-coup de ces poussées inflammatoires. L'appétit est moins bon; parfois un léger mouvement fébrile indique un retentissement général.

Le souci de la vérité nous oblige à dire que cette description d'ensemble a le défaut, comme toutes les descriptions typiques, de grouper, de condenser sur un sujet des caractères répartis sur plusieurs. On trouve à peine un malade sur dix qui réalise au complet le tableau que nous avons tracé. — La clinique se joue de ces formules. C'est peut-être dans cette classe de malades que règne la plus grande diversité. Le plus souvent la scrofule marque seulement d'un trait les enfants qu'elle frappe: ici, c'est une kératite, une blépharite; là, une otorrhée, ou un eczéma du pavillon; tantôt un coryza chronique, tantôt une hypertrophie de la lèvre supérieure, conséquence d'un eczéma sous-narinaire. A part l'identité de la lésion locale, les plus grandes divergences séparent extérieurement le porteur d'une simple blépharite et le scrofuleux typique. L'un sera vif, intelligent, robuste, d'assez bonne santé habituelle; l'autre, mou, apathique, d'aspect souffreteux. Ils sont cependant rapprochés par la communauté d'une nutrition générale, languissante, défectueuse, altérée par les auto-intoxications organiques et d'une lésion locale, l'hypertrophie du tissu lymphoïde de la gorge et du pharynx.

Nous ferons les mêmes réserves sur la couleur des cheveux et du teint. Tous les enfants, qu'ils soient blonds, châains, bruns ou roux, placés dans les mêmes conditions d'hygiène, sont également et dans les mêmes proportions sujets aux affections strumeuses.

Si nous avons insisté sur ce tableau pourtant classique, c'est pour montrer que les manifestations scrofuleuses se localisent tout spécialement aux organes de la face : aux yeux, aux oreilles, au nez, à la gorge. Il n'y a rien aux membres pas plus qu'aux viscères. Il n'y a pas une bronchite strumeuse, comme il y a une ophtalmie, une rhinite strumeuses ; il y a sans doute une raison à ces localisations spéciales, spécifiques, oserions-nous dire. Nous allons tâcher de la déterminer.

Et d'abord, rappelons que, si les organes de la face, cavités ouvertes à l'extérieur, sont plus que les autres exposés aux atteintes des micro-organismes, ils sont également plus doués pour la défense. Sans parler des propriétés microbicides de leurs sécrétions normales, nous signalerons surtout les amas de tissu lymphoïde qui se trouvent au carrefour des voies respiratoires et digestives, qui sont, de toutes, les plus indispensables à protéger. Dans la bouche, les amygdales palatines et linguales et les nombreux follicules clos qui criblent l'oro-pharynx. Dans le naso-pharynx, l'anneau de Waldeyer qui va d'une trompe d'Eustache à l'autre en passant par la tonsille pharyngienne, si développée dans le premier âge. Les innombrables phagocytes que recèlent ces organes sont, d'après la théorie de Metschnikoff, les gardiens naturels de cette région : ils détruisent ou réduisent à l'impuissance les germes pathogènes qu'apportent l'air dans le nez, et les aliments dans la bouche. Silencieux à l'état normal, ils accourent et se multiplient à la moindre tentative d'effraction. De là ces tuméfactions lymphatiques, ces adénites cervicales intermittentes quand les infections le sont aussi, chroniques lorsque les atteintes se renouvellent souvent. Si les follicules clos agglomérés ou diffus se développent pour les besoins de

la lutte, ils gardent les traces de leurs blessures trop nombreuses sous forme d'inflammation chronique, d'hypertrophie, de végétations, de granulations, d'adénites. Malades alors pour leur propre compte, ils deviennent à leur tour un danger et pour l'organisme et surtout pour les organes qui les entourent.

Déterminons quelles sont les conditions qui mettent en cet état d'infériorité et l'organisme et ces organes phagocytaires.

Nous les rangeons en trois groupes :

- 1° La mauvaise alimentation ;
- 2° L'insuffisance et la viciation de l'air respiré ;
- 3° Les maladies infectieuses.

1° *La mauvaise alimentation.* — On connaît la répercussion des affections gastro-intestinales sur les muqueuses buccales et pharyngiennes ; depuis le simple embarras gastrique jusqu'à la fièvre typhoïde, chacune y laisse son empreinte, préparant le terrain aux microbes pathogènes qui les habitent normalement. Plus encore que ces affections aiguës, agit l'influence journalière ou d'une alimentation de mauvaise qualité ou d'une mauvaise hygiène alimentaire.

Pour schématiser notre exposé, prenons le cas le plus commun, celui de l'enfant pauvre de la ville, nourri au biberon. Il réunit en lui l'ensemble des conditions requises pour faire de toutes pièces un scrofuleux. Il n'aura le plus souvent qu'un lait de mauvaise qualité, ou mouillé ou, ce qui est pis, falsifié ; on oubliera de le faire bouillir et il aigrira dans la fiole, on lui fera boire ce liquide quand on aura le temps : tantôt il aura des heures entières son biberon dans les mains : tantôt il passera des demi-journées à crier

la faim. Et cet ustensile, jamais ou trop sommairement nettoyé, se chargera de germes qui à chaque tétée inoculeront la bouche de cet enfant; parfois il sera remplacé par des poupées en chiffon imbibé d'eau sucrée. C'est la période du muguet, de ces stomatites, de ces gingivites qu'on met si facilement sur le compte des éruptions dentaires.

Et, comme le lait coûte cher on ne tardera pas à le remplacer par des panades ou plus simplement par la soupe, la soupe commune faite de pain et de légumes, et cela à cinq six, sept mois.

Dans l'estomac et l'intestin, ces mêmes causes vont donner lieu à des fermentations anormales, à la mise en liberté de substances toxiques, des acides lactique et butyrique, de ces ptomaïnes redoutables qui frappent les tissus et leur donnent déjà cette apparence jaunâtre, cette consistance mollassse, cet embonpoint blafard, signes d'un trouble profond de la nutrition intra-cellulaire.

La prolongation de cette dyspepsie infantile va créer la dilatation d'estomac. Du même coup, le petit dyspeptique, un peu plus âgé et livré à lui-même, pouvant se servir de ses membres pour la satisfaction de ses appétits, va boire et manger d'une façon exagérée, va charger incessamment son estomac déjà surmené et impuissant à s'assimiler tout ce qu'il absorbe. — D'abord gros, gras, joufflu, il ne tarde pas à perdre l'appétit; la soif remplace la faim, et il devient maigre, pâle, anémié. C'est alors qu'on voit se produire les premières déformations du rachitisme si les troubles sont très profonds, ou seulement les eczémas suintants de la face, les éruptions impétigineuses, les adénites cervicales, les ophtalmies, rhinites, symptômes d'infections locales coïn-

cidant avec les infections ou intoxications générales d'origine gastro-intestinale, qui leur ont préparé le terrain.

2° *L'insuffisance ou la viciation de l'air respiré.* — La respiration est un mode de la nutrition. Pour que le développement soit normal, l'absorption d'un air pur est aussi nécessaire que celle d'une nourriture saine et appropriée à l'âge de l'enfant. Mais dans le milieu que nous avons pris pour type, rien de tout cela.

Relégué dans un coin obscur d'une maison non aérée, habitée par un trop grand nombre de personnes, notre enfant ne peut respirer qu'un air confiné, pauvre en oxygène, riche en acide carbonique, en poussières, en micro-organismes. Ceux-ci se logent dans les anfractuosités du nez, dans les cryptes des tonsilles pharyngiennes. Ils sont d'autant plus violents qu'ils proviennent de crachats desséchés, expectorés sur les briques ou le plancher. Si l'on y ajoute que les soins du nez et de la bouche sont à peu près nuls; que les soins même du corps sont très négligés; qu'on ne se préoccupe qu'à demi du froid aux pieds et des langes mouillés, on aura réuni tous les facteurs nécessaires pour avoir, d'abord une série de coryzas aigus, puis des coryzas, des naso-pharyngites chroniques; le tissu lymphoïde du cavum est devenu impuissant à arrêter l'ennemi à sa première étape; et aux coryzas à répétition succèdent des bronchites à répétition, puis viennent les broncho-pneumonies, ce fléau des crèches, des asiles, de tous les refuges des enfants pauvres et débilités. Ils pourront guérir, mais ils gardent dans le tissu lymphoïde des voies supérieures, l'agent pathogène qui n'attend que l'occasion de récidiver.

Inutile d'ajouter combien ces obstacles apportés à l'hématose contribuent à entraver le développement !

3° *Les maladies infectieuses.* — Vienne maintenant une épidémie et le terrain est tout préparé à l'agent infectieux, qui de préférence portera ses coups sur les organes déjà affaiblis. Et, chose à noter : Toutes les maladies infectieuses de la première enfance frappent d'abord et principalement les cavités de la face. Est-ce parce que c'est leur porte d'entrée ordinaire ? Est-ce parce que les agents de ces maladies trouvent là, dans les microbes pyogènes, hôtes ordinaires de ces cavités, des associés qui exaltent leurs qualités virulentes ? L'un et l'autre probablement ; mais la remarque est intéressante pour la thèse que nous soutenons.

Contemporaines du biberon, nous trouvons les stomatites, les gingivites, les angines, le muguet, cet accusateur de la malpropreté, ce sombre témoin de tant de cachexies !

Puis viennent par ordre d'importance :

La rougeole. — Qui sévit surtout dans les deux premières années, dans les hôpitaux et sur les enfants chétifs. Elle débute généralement sur le palais par de petits points rougeâtres, pour gagner de suite le nez, et par le canal nasolacrymal, la conjonctive, produisant, là un coryza qui peut persister et devenir chronique, ici une blépharo-conjonctivite souvent interminable. Associé au streptocoque, au pneumocoque, l'agent infectieux peut encore remonter la trompe d'Eustache et causer une otite moyenne, même une carie du rocher, ou bien descendre ou donner lieu à une broncho-pneumonie.

Aucune des muqueuses des voies supérieures n'y échappe et le reliquat, c'est un engorgement général de tout le tissu lymphoïde qui recueille leurs lymphatiques.

La *diphthérie*. — Des amygdales palatinées, qui est leur point de départ habituel, on a vu les fausses membranes gagner les fosses nasales, de là la conjonctive par le canal nasolacrymal, ou bien, en arrière, la trompe d'Eustache et la caisse.

La *scarlatine*. — La scarlatine complice quelquefois la rougeole. Elle débute par une angine caractéristique suivie d'une forte tuméfaction des amygdales, des follicules lymphatiques, des ganglions du cou. Elle cause parfois de l'otorrhée.

La *coqueluche*. — Qui toujours s'accompagne d'une forte hyperémie du pharynx et parfois complique la scarlatine.

D'après M. Hollopeter, professeur au collège médico-chirurgical de Philadelphie, un des signes pathogonomiques de cette affection à la période catarrhale consiste en un gonflement particulier des conjonctives oculaires et un état œdémateux de la face, à peu près analogue à ce qu'on observe dans la rougeole.

La *rubéole*. — Qui quelquefois s'accompagne d'angine et de catarrhe oculo-nasal.

Les *oreillons*. — Qui frappent si spécialement les ganglions de la face : parotidiens et sous-maxillaires.

La *grippe*. — Qui, comme la rougeole, frappe toutes les muqueuses des voies supérieures.

Nous laissons volontairement de côté les effets généraux

de ces maladies. Il est à peine besoin de dire que la constitution de l'enfant en subira le contre-coup; que les tissus en seront frappés tant dans leur développement que dans leur qualité.

Notre exposé schématique n'a visé que le cas le plus commun : celui de l'enfant pauvre.

Les soins mercenaires, la négligence ou l'ignorance des parents, parfois même l'exagération des soins mal compris se chargent de réaliser pour les enfants des riches les mêmes conditions nosocomiales; et les mêmes causes produiront chez l'un comme chez l'autre les mêmes effets.

Dans la seconde enfance, l'un retrouve à l'atelier, l'autre au collège, où il est interné, des influences nocives, à peu près identiques : encombrement, confinement, poussières, surmenage, alimentation insuffisante ou impropre.

Et la résultante de toutes ces causes pathologiques, c'est, d'une part, de façonner de toutes pièces, que l'hérédité aide ou n'aide pas, cette constitution dite scrofuleuse, faite de tissus conjonctifs hypertrophiés, de tissu musculaire atrophie, d'os frappés de déviations dans leur ensemble ou sur quelques points, indiquant une nutrition générale ralentie, profondément troublée dans ses actes intimes; c'est, d'autre part, de laisser des lésions locales chroniques : soit une dilatation d'estomac qui entretiendra, par sa mauvaise élaboration des aliments le lymphatisme des tissus, et leur peu de résistance, soit une otorrhée, une blépharo-conjonctivite, une hypertrophie des tonsilles palatines ou pharyngiennes.

Or la scoliose, le rachitisme, qui peuvent revendiquer les mêmes causes que la scrofule, sont des maladies classées, mal définies encore dans leur essence, mais complètement

distinctes de cette dernière. Les attributs de la scrofule sont précisément ces reliquats inflammatoires localisés à la face, dont nous avons déjà parlé. Ces affections n'ont rien de spécifique; elles sont produites par les microbes pyogènes, hôtes ordinaires de la bouche et des cavités environnantes. Leur ténacité, leurs récives s'expliquent par la richesse et la virulence de cette flore microbienne. Placés aux abords des yeux, du nez, des oreilles, blottis dans les anfractuosités et les plis de la muqueuse buccale, particulièrement nombreux dans les cryptes, les récessus des tonsilles hypertrophiées et chroniquement malades, qui sont leur siège de prédilection, ils n'attendent que l'occasion d'un coup de froid, d'un traumatisme quelconque pour se manifester.

Voilà donc la scrofule réduite à n'être pour nous qu'un syndrome de lésions locales d'origine microbienne.

Si l'œil est atteint en même temps que l'oreille, le nez, la gorge, c'est parce que les mêmes microbes peuplent ou peuvent peupler accidentellement tous ces organes à la fois et que ceux-ci sont, médiatement ou immédiatement, en rapport avec les tonsilles (surtout la tonsille pharyngienne), que nous considérons comme la source de toutes ces infections simultanées.

Quels sont ces microbes?

III

MICROBES PATHOGÈNES QU'ON RENCONTRE DANS LA BOUCHE ET LES ORGANES CAVITAIRES DE LA FACE

Les microbes pathogènes découverts jusqu'ici sont : le bacille de la diphtérie, le pneumocoque, les staphylocoques blanc et jaune, le streptocoque, le bacille de Koch.

Nous avons déjà parlé des localisations du bacille de Klebs-Löffler; voyons les autres :

1° *Pneumocoque*. Se trouve de 15 à 20 fois pour 100 dans la salive normale.

De la bouche où il siège, s'exprime M. Netter (1), le pneumocoque chemine de proche en proche dans le pharynx, les fosses nasales, l'oreille moyenne, la caisse du tympan, dont il traverse les parois sous-cutanées pour arriver sous le périoste où s'établit la suppuration.

Zaufal a décrit des abcès périmastoïdiens à pneumocoques consécutifs à des otites suppurées. M. Morax dit l'avoir trouvé quatre fois dans la conjonctive enflammée. Il décrit une conjonctivite à pneumocoque, mais il fait remarquer qu'on ne le trouve pas dans la conjonctive normale.

Le fait à retenir, c'est qu'il peut y arriver accidentellement et y produire des lésions qui lui sont propres, d'autant qu'il

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1889.

est fréquent dans les fosses nasales et parfois à l'état de virulence.

Ainsi Thost, Netter ont pu déterminer une broncho-pneumonie en injectant du mucus de coryza à des souris.

2° *Staphylocoques* blanc, doré. Trouvés par Fraenkel, Vignal dans la bouche saine.

Fraenkel et Simmond les ont trouvés dans le pus d'otites moyennes, où ils sont d'ailleurs très fréquents.

Ils existent aussi normalement dans le nez et *a fortiori* dans les états pathologiques de cet organe. Dans l'œil, ils sont les agents habituels et à peu près exclusifs des blépharites.

Il suffit de promener le fil de platine sur un bord ciliaire parfaitement sain pour y récolter ces deux micro-organismes. Les tubes qu'on ensemence sont presque toujours fertiles.

M. Terson, à qui l'on doit les premières expériences faites sur ce sujet, a obtenu sur dix observations les résultats suivants :

Staphylocoque blanc : constant;

— jaune : 2 fois accompagnant des colonies blanches.

Abcès d'inoculation sans gravité : 9 fois.

Abcès grave et fonte du globe : 1 fois (avec culture blanche.)

Aucune différence à l'inoculation entre les cultures jaunes et les cultures blanches les moins virulentes. Ces renseignements sont empruntés à la thèse de M. le Dr Cuenod (1).

Gombert (2) ne les a pas rencontrés sur la conjonctive saine.

(1) *Bactériologie et Parasitologie cliniques des paupières* (Paris, 1894).

(2) RECH. *Expériences sur les microbes de la conjonctive à l'état normal.* (Thèse de Montpellier, 89.)

Fick et Marthen ont rencontré une fois l'aureus.

Franke dit les avoir trouvés 10 fois l'un ou l'autre sur 115 cas examinés.

Morax, comme Gombert, n'a jamais constaté sa présence sur une conjonctive saine. « Par contre, dit-il, on rencontre presque toujours l'aureus lorsqu'on ensemence la sécrétion conjonctivale des malades atteints de conjonctivite ou de kératite phlycténulaire, ainsi que chez des malades atteints d'orgelet, de chalazions, ou de blépharites enflammées ».

A la cinquième session de la Société française de dermatologie tenue à Lyon les 2, 3, 4 août (1), MM. Perrin et Aslanian (de Marseille) ont démontré qu'à l'état normal il existe sur la lèvre supérieure et dans les orifices des narines un certain nombre de micro-organismes; le staphylocoque blanc est l'hôte habituel parfois exclusif de ces régions; mais le plus souvent aussi il est accompagné du staphylocoque jaune. Ils n'ont pu obtenir d'abcès cornéens avec des cultures faites avec des staphylocoques pris sur des lèvres saines; ils en ont obtenu avec des cultures provenant de staphylocoques de sujets atteints d'eczéma sous-narinaire. Cet eczéma est souvent consécutif à des coryzas fréquents dont les sécrétions irritent la lèvre et affaiblissent la résistance de son épiderme.

M. Brocq a fait les mêmes recherches; il a trouvé les mêmes microbes jusque dans les fosses nasales: c'est ce qui explique la récurrence de l'eczéma pileux dans le cas de coryza.

M. Augagneur fait remarquer la coïncidence fréquente de la kératite phlycténulaire, de l'impétigo du cuir chevelu et de

(1) *Semaine médicale.*

la rhinite impétigineuse. « Ce sont là, dit-il, trois manifestations de l'infection par les staphylocoques ; c'est encore un chapitre de la scrofule des anciens qui est à déclasser. »

3° *Streptocoque*. — Assez rare dans la bouche saine. M. Netter, qui l'y a trouvé le premier, n'a constaté sa présence que 7 fois sur 127. Il peut de là, par la trompe d'Eustache, gagner l'oreille moyenne et déterminer des otites..

Moos, Zaufal l'ont trouvé dans les sécrétions purulentes de la caisse.

Il accompagne, quand il ne les produit pas, toutes les inflammations de l'arrière-gorge et souvent quelques heures suffisent pour qu'on puisse voir la rougeur érysipélateuse qu'ils déterminent dans le pharynx, sortir par les fosses nasales ou les points lacrymaux (1).

Dans le nez, on le trouve en tout temps dans le cas d'ozène, de coryza chronique, de suppurations nasales.

Pour ce qui est de l'œil, Morax, Gombert, Marthen, Fick ne l'ont jamais rencontré sur la conjonctive saine. Il n'existe pas davantage sur le bord ciliaire normal. Mais les mêmes auteurs ont constaté sa présence dans les conjonctives enflammées, surtout quand la conjonctivite coïncidait avec une dacryocystite.

Morax relate une observation où le même malade présentait en même temps une conjonctivite à streptocoque, une inflammation aiguë du canal lacrymal et un coryza à sécrétion purulente.

4° *Bacille de Koch*. — Les lésions tuberculeuses ne rentrent pas dans notre cadre. Elles sont désormais distraites de la scro-

(1) DAVID, *Microbes de la bouche*.

fule. Si nous signalons ce bacille, c'est pour rappeler que M. Straus l'ayant rencontré dans les sécrétions nasales de sujets sains habitant avec des tuberculeux, il est possible qu'il se trouve dans les sécrétions soit du nez, soit de l'arrière-gorge des malades qui sont le sujet de ce travail.

C'est à la fois pour déterminer les espèces et la virulence des micro-organismes habitant les tonsilles hypertrophiées et chroniquement enflammées, et pour savoir si leurs cryptes ne serviraient pas de porte d'entrée au bacille de Koch que nous avons fait un certain nombre d'expériences que nous allons relater.

EXPÉRIENCES

I

Dup (Élisa), 16 ans.

A Bereck, depuis le mois d'avril 1894, pour des adénites cervicales tuberculeuses, notablement diminuées depuis son arrivée.

L'état général est bon.

Les amygdales palatines sont saines. Mais l'amygdale pharyngienne est moyennement hypertrophiée.

27 septembre. Inoculation, avec toutes les précautions antiseptiques (peau rasée, lavée au savon et à la brosse, dégraissée avec de l'alcool, lavée au sublimé au millième), d'une parcelle d'amygdale pharyngienne dans le tissu sous-cutané des deux cuisses d'un lapin. Le lendemain, 39°, 7; la température a varié entre 39° et 41° jusqu'à la veille de sa mort, où elle est descendue à 37°, 4.

Son poids, qui était de 1^{kg},080, est tombé à 980 grammes.

Le 1^{er} octobre, deux jours après son inoculation, il présentait à chaque cuisse un abcès à pus blanc, un peu fétide, entouré d'une zone inflammatoire assez étendue.

15 octobre. Mort à 3 heures du soir.

Nécropsie le lendemain, à 9 heures du matin. Il sentait déjà très mauvais.

Du point d'inoculation de la cuisse gauche partait une trainée purulente qui avait inoculé la hanche du même côté et qui s'étalait en nappe sur le sacrum et sur les reins. C'était plutôt une infiltration qu'une collection, car la nappe en question se laissait dilacérer; il en coulait du pus blanchâtre, épais, rappelant un peu par sa fétidité l'haleine des dents cariées.

Il n'y avait rien dans les viscères. La rate était peut-être un peu grosse. L'examen microscopique du pus a révélé des quantités de micro-orga-

nismes d'espèces différentes : des diplocoques très nombreux, beaucoup de staphylocoques, quelques streptocoques et de nombreux bacilles rappelant comme aspect le bacille tuberculeux, mais plus gros. La recherche de ce dernier a été négative.

II

L. Laurence, 3 ans.

Adénites cervicales, dont une suppurée à gauche.

Otite suppurée bilatérale. Pus fétide.

Kératite phlycténulaire suppurée à l'œil droit.

Végétations adénoïdes très grosses.

8 novembre. Débris de végétations inoculés à un jeune lapin gris du poids de 700 grammes. Du 9 au 16, la température est restée à 40° et quelques dixièmes.

La veille de sa mort, elle est tombée à 37°, 1. Le 18, mort de septicémie, dont il avait d'ailleurs présenté tous les symptômes : amaigrissement, poil hérissé, oreilles basses, manque d'appétit, diarrhée.

Nécropsie. Autour du point d'inoculation sous la peau du ventre, infiltration purulente de la largeur d'un écu, se prolongeant en arrière du côté des membres postérieurs, en avant le long de la ligne médiane jusqu'au niveau des membres antérieurs. Cette nappe était très adhérente d'une part à la peau, d'autre part aux muscles sous-jacents; la dissection en était impossible sans intéresser ces deux couches; à la dilacération, il ne s'écoulait pas de liquide; le pus agglutiné en pseudo-membranes s'enlevait par fragments. Sur la convexité du foie existait un petit abcès légèrement adhérent à la fois à la capsule de Clisson et au diaphragme. La rate était rouge-noire, diffluente.

Le lobe inférieur du poumon gauche était légèrement congestionné. Il y avait un peu de liquide dans les cavités pleurales.

Les reins étaient pâles, mais sans trace de pus. A l'examen microscopique, on trouve une énorme quantité de cocci isolés ou groupés en diplocoques, en staphylocoques. — Pas de bacille de Koch.

III

Lang, 14 ans.

Otite suppurée bilatérale. Amygdale pharyngienne en régression. Amygdale de Gerlach très développée.

8 novembre. Inoculation sous la peau du ventre d'un jeune lapin de 630 grammes. Température du 9 au 17° : entre 39° 7 et 40° 8. La veille de sa mort, 38° 8.

19. Mort de septicémie dont il avait présenté comme le précédent tous les symptômes. — Nécropsie. Mêmes trainées purulentes infiltrées que le précédent. Rien aux viscères.

A l'examen microscopique. Beaucoup de coccus isolés et de diplocoques ; quelques staphylocoques, de rares streptocoques et, mêlés à ces derniers, des bâtonnets droits, courts, épais, arrondis aux extrémités.

IV

Car (Emile), 17 ans.

Adénites cervicales chroniques.

Rhinite vestibulaire. Conjonctivite phlycténulaire. Amygdale pharyngienne encore hypertrophiée.

29 septembre. Inoculation aux deux cuisses d'un lapin du poids de 1^{kg}, 215 grammes.

Du 30 septembre au 28 novembre, la température a varié de 38° 4 à 40° 9.

Le 1^{er} octobre. Absès à pus blanc aux deux points d'inoculation. Il guérit de ses absès. Le 6 novembre, il présentait une augmentation de poids de 400 grammes.

Du 27 au 23, il diminua d'appétit, il eut de la diarrhée ; son poil se hérissa.

Le 23 il fut sacrifié.

Sur la face interne de chaque cuisse, au niveau des anciens absès dont il avait complètement guéri, se trouvent deux ganglions assez volumineux

contiennent un pus jaunâtre grumelleux. Les ganglions du pli de l'aîne n'offraient pas d'hypertrophie notable.

Le grand épiploon est criblé de vésicules hydatides de la grosseur d'un pois : c'était sans doute à cela qu'étaient dus les symptômes généraux des derniers jours.

Le foie est considérablement hypertrophié, on n'y trouve rien d'autre. Au poumon droit, un petit tubercule calcifié où nous n'avons pas trouvé de bacille. Pas de microbes dans le contenu des ganglions de la cuisse.

V

B. (Joséphine), 5 ans.

Légère adénopathie sous-maxillaire.

Otite suppurée à droite. Végétations adénoïdes.

8 novembre. Inoculation d'une parcelle de végétations sous la peau du ventre d'un jeune lapin du poids de 575 grammes. La température a varié de 38°2 à 40°1. Le poids a diminué de 55 grammes.

4^{er} décembre. Mort. La zone d'inoculation est complètement guérie, la plaie faite à la peau est cicatrisée. Les ganglions n'ont pas augmenté sensiblement de volume. A l'ouverture de l'abdomen on trouve à droite du rachis, dans la gouttière lombo-costale, un abcès sous-péritonéal, plongeant dans le bassin et remontant jusqu'au pôle inférieur du rein du même côté. Le pus est jaunâtre, caséux, non fétide.

Le tissu cellulaire qui entoure la face postérieure du rein droit forme une masse infiltrée de pus, qui n'adhère pas à la capsule rénale. Ganglion volumineux au point d'abouchement de la veine rénale gauche avec la veine cave, en dégénérescence caséuse. Le grand épiploon est criblé de vésicules hydatides ainsi que le foie. Petits abcès isolés dans le parenchyme hépatique.

Rien dans les plèvres ni dans les poumons.

Abondant dépôt d'urates dans la vessie remplie d'urine.

L'examen microscopique du pus révèle la présence de nombreux bâtonnets droits, courts, arrondis aux extrémités, assez gros, de quelques bacilles grêles, longs, légèrement infléchis, rappelant la forme du bacille de Koch, de beaucoup de staphylocoques, de diplocoques, de cocci isolés,

Pas de bacille tuberculeux.

VI

Der (Émile), 10 ans.

Adénites cervicales énormes, non suppurées, du côté droit. Du même côté, amygdale volumineuse et végétations adénoïdes.

Le 29 septembre, inoculation d'une parcelle d'amygdale sous la cuisse droite d'un lapin de 1^{kg},320.

Le 1^{er} décembre, abcès à pus blanc aux points inoculés. Pendant les trois premiers jours, l'animal mange peu, tient les oreilles basses, est un peu gêné de ses pattes de derrière.

Il a guéri de ses abcès dans une huitaine de jours, et depuis sa guérison il n'a cessé d'augmenter de poids. Au moment où on l'a sacrifié, il pesait deux kilos.

La température a varié entre 39° et 40°; le 5 décembre, il a été sacrifié.

Ganglions normaux. Vésicules hydatides dans les franges du grand épiploon, quelques vésicules dans le foie. Rien aux poumons, ni dans les plèvres. L'animal a guéri de ses lésions, il a résisté à l'infection produite.

VII

K. (Salomon), 8 ans.

Hypertrophie de l'amygdale pharyngienne.

Le 8 octobre. Inoculation à un cobaye du poids de 600 grammes.

Pas d'abcès, congestion de la zone inoculée. Pendant quinze jours, diminution d'appétit et de poids. Température entre 37° 6 et 39° 6. Le 6 décembre, l'animal est sacrifié.

Plaie opératoire complètement guérie. Ganglions normaux. Ni les viscères abdominaux ni les viscères thoraciques n'offrent rien d'anormal.

VIII

Marie B.

Otite suppurée à droite, végétations adénoïdes.

7 novembre. Inoculation d'une parcelle de végétations à un cobaye du poids de 485 grammes.

Huit jours après, abcès à pus blanc au point d'inoculation.

L'examen bactériologique du pus de cet abcès et du pus des oreilles de la malade révéla l'existence des mêmes germes, nombreux coccus isolés, diplocoques, staphylocoques.

La température s'est maintenue à peu près constante entre 39° et 39°5.

L'animal a augmenté de poids. Son appétit est resté bon, sauf dans la période de formation de l'abcès.

8 décembre. L'animal est sacrifié. La plaie d'inoculation est guérie.

Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés.

Dans un lobe du foie, d'ailleurs normal dans ses autres lobes, on trouve le produit caséux d'un ancien abcès.

La rate, les reins sont indemnes.

Les poumons, les plèvres sont également indemnes.

L'examen bactériologique des ganglions et de l'ancien abcès hépatique a été négatif.

IX

Marcel W., 7 ans.

Végétations adénoïdes énormes. Légère adénopathie sous-maxillaire.

8 octobre. Inoculation d'un cobaye du poids de 480 grammes.

Un peu de congestion au point d'inoculation. Pas d'abcès; pas de symptômes d'infection généralisée. La température a varié entre 38° et 39°.

Les derniers jours elle avait dépassé 39° de quelques dixièmes.

Son poids avait augmenté d'une façon progressive, son appétit n'avait pas fléchi. Il paraissait indemne de toute affection.

8 décembre. L'animal est sacrifié (c'était une femelle). Ses mamelles étaient turgescentes; en les exprimant, nous en avons fait sourdre une sorte de colostrum épais qui sortait en filaments. De chaque côté la glande était grosse, mais plus particulièrement à droite, où elle avait une consistance presque cartilagineuse. A notre étonnement, la bête n'était pas pleine, comme nous l'avions d'abord supposé. Le péritoine était sain.

Les ganglions mésentériques étaient gros et d'une dureté marquée, sans dégénérescence au centre. Au niveau du duodénum, il y en avait quatre de la grosseur d'une noisette, qui enveloppaient le hile du foie.

Cet organe, d'une couleur sombre grisâtre, était hypertrophié, lobulé et d'une friabilité extraordinaire.

La rate, triplée de volume, présentait le même aspect que le foie.

Les plèvres étaient saines.

Mais les poumons étaient criblés de petits nodules ressemblant à des grains de semoule qui y auraient été piqués, très durs, très difficiles à dissocier. En les pressant avec les doigts, ils donnaient la sensation de petits plombs.

Par endroits ces nodules paraissaient s'être anastomosés et formaient des plaques d'aspect grisâtre, d'une consistance également très dure. Les lobules pulmonaires emphysémateux formaient des îlots blanc rosé sur la masse. Les nodules étaient répartis principalement sur la surface du poumon et sur les lames; il y en avait peu au centre.

Plongée dans une cuvette, la masse se tenait à fleur d'eau sans plonger, ni surnager.

Le poumon droit était plus pris que le gauche. Au raclage, les nodules laissaient échapper un liquide blanchâtre, où nageaient des cellules rondes, entre des fibres conjonctives.

Autour des gros vaisseaux du cœur, les ganglions bronchiques formaient une masse de la grosseur de la deuxième phalange du pouce qui, à la coupe, offraient la même résistance que du cartilage.

Au cou, on trouvait une double chaîne ganglionnaire, également hypertrophiée, mais de consistance moins dure.

Même remarque pour les ganglions du pli de l'aîne et de l'aisselle.

Les caractères macroscopiques nous faisaient penser à une généralisation plutôt néoplasique que tuberculeuse. L'examen bactériologique et anatomo-pathologique, pratiqué par M. le Dr Pillet, chef de laboratoire de clinique chirurgicale à la Charité, a donné le résultat suivant : « Tout cela est bourré de microbes de la tuberculose et de tubercules à tous les degrés : caséeux dans les ganglions, miliaires dans les poumons. »

X

Anna Y., 4 ans.

Spina ventosa du 4^e métacarpien à la main droite. Végétations adénoïdes volumineuses.

Kératite phlycténulaire en mai 1894.

9 novembre. Inoculation d'une parcelle de végétations sous la peau du ventre d'un lapin de 620 grammes.

Un peu de congestion au point d'inoculation, pas d'abcès.

La température est restée à peu près constante entre 39° et 39° 7.

Dans les premiers jours il avait légèrement augmenté de poids; puis il avait considérablement maigri. Le 10 décembre, il est sacrifié.

Guérison complète de la plaie traumatique.

Lorsqu'il est dépouillé, à travers la paroi abdominale transparente, on voit circuler à la surface des intestins de petits corps blanchâtres qui semblent être des vésicules hydatides. Effectivement, c'était cela. Il y en avait en liberté environ une douzaine que nous avons retrouvés entre les anses. Dans le nombre de ces corps migrants nous en avons trouvé deux rappelant comme aspect la vésicule hydatide, mais jaunes et grenus. Ils se dissociaient comme du vieux pus grumeleux, dont ils avaient la consistance. C'étaient peut-être des cadavres de vésicules, quoique nous n'ayons pas vu les crochets caractéristiques.

Ils ne contenaient pas de microbes.

Les franges du grand épiploon contenaient une double rangée de vésicules hydatides.

Sur la convexité du foie se voyaient deux taches blanchâtres de la largeur d'une pièce de 50 centimes, qui intéressaient seulement la capsule; nous n'avons pas pu en déterminer la nature. Le parenchyme hépatique était sain.

Les ganglions mésentériques étaient plus nombreux, plus gros qu'à l'état normal; il y en avait beaucoup sur le trajet des chylifères dans le mésentère même; mais aucun n'était dégénéré et l'examen bactériologique des plus gros a été négatif.

Rien dans les plèvres, ni dans le poumon. Les ganglions du pli de l'aîne et de l'aisselle étaient normaux.

XI

Jacob, 8 ans.

Légère adénopathie sous-maxillaire.

Végétations adénoïdes.

Le 8 octobre. Inoculation sous la peau du ventre d'un cobaye de 500 grammes.

Pas d'abcès au point d'inoculation.

La température moyenne a été 38° 5. Dans les derniers jours elle a dépassé 39°, un soir il a eu 40°.

Le poids, après avoir légèrement augmenté de 15 grammes le premier mois, était redescendu à 500 grammes.

L'appétit était resté bon.

Le 10 décembre. Il est sacrifié.

Plaie opératoire cicatrisée.

L'animal étant dépouillé, on trouve, de chaque côté, le pli de l'aîne et l'aisselle remplis de gros ganglions ; ceux du côté gauche sont simplement hypertrophiés ; à droite (côté inoculé), il y en a deux, l'un à l'aîne, l'autre à l'aisselle qui sont remplis de pus caséux. Le ganglion de l'aîne avait le volume d'une grosse noisette.

Le péritoine est sain, mais les ganglions mésentériques sont gros. Deux, plus volumineux que les autres, situés derrière le duodénum, laissent sourdre à la section une gouttelette de pus placée au centre.

Le foie, la rate sont indemnes.

Rien dans les plèvres, ni dans les poumons.

Les ganglions cervicaux et trachéo-bronchiques sont gros, mais non purulents.

L'examen bactériologique a révélé la présence exclusive du bacille de Koch.

En résumé,

Sur onze lapins ou cobayes inoculés :

Quatre sont morts de septicémie dans un intervalle de huit jours à trois semaines.

Deux d'entre eux présentaient une infiltration purulente de la paroi abdominale le long du raphé médian et autour du point d'inoculation ; l'un avait en plus un abcès sur la convexité du foie adhérent au diaphragme. Ils sont morts en huit jours (observations II et III).

Les végétations adénoïdes avaient été prises à des sujets porteurs d'otite suppurée; et l'un d'eux avait en outre des adénites cervicales tuberculeuses suppurées.

Des deux autres, l'un mort en dix-huit jours (obs. I) présentait: une arthrite suppurée du genou et un volumineux abcès au niveau de ses ganglions lombaires; l'autre (obs. V) mort, en trois semaines: de la suppuration de ses ganglions mésentériques et, isolé de ces derniers, un abcès périnéphrétique sans adhérence à la capsule rénale.

Les malades à qui ont été prises les parcelles de végétations avaient, le premier: des adénites cervicales tuberculeuses; le second, une otite suppurée de vieille date.

Trois ont eu un abcès au point d'inoculation, sans généralisation pyohémique dont ils ont complètement guéri. Dans le pus on a retrouvé des cocci isolés, des diplocoques, des staphylocoques, quelques streptocoques.

Les malades avaient: l'un des adénites cervicales tuberculeuses, de la rhinite et des phlyctènes de la conjonctive (obs. IV).

L'autre également des adénites cervicales tuberculeuses et des taies de la cornée (obs. VI).

Le troisième, une otite suppurée (obs. VIII).

Deux n'ont présenté qu'une légère congestion au point inoculé.

Des deux malades: le premier n'avait que des végétations (obs. VII).

Le second avait eu des phlyctènes de la cornée, des adénites tuberculeuses suppurées des membres cicatrisées, des adénites

cervicales tuberculeuses du cou actuellement guéries; et un spina ventosa du IV^e métacarpien diminué des deux tiers de son volume primitif (obs. X).

Deux ont été rendus tuberculeux.

L'un (obs. IX) a présenté une forme un peu spéciale de tuberculose à la fois mammaire, ganglionnaire, pulmonaire et hépatique. Pour nous mettre à l'abri d'une erreur, nous avons envoyé les pièces à M. Pillet, qui a eu l'extrême obligeance de les examiner et d'établir le diagnostic.

L'autre (obs. XI) présentait également de la tuberculose ganglionnaire généralisée très nette. On trouvait des adénites suppurées à l'aîne, à l'aisselle du côté inoculé, et parmi les ganglions du mésentère.

Les séreuses ainsi que les viscères nous ont paru indemnes.

Les deux malades n'avaient en outre de leurs végétations adénoïdes qu'une légère adénopathie sous-maxillaire banale, comme en ont presque tous les jeunes chloro-anémiques. — Ils ne portaient aucune trace de tuberculose ni ancienne, ni récente. Leurs feuilles d'observation n'indiquaient pas qu'ils eussent habité un milieu tuberculeux. Ils sont restés environ trois mois à l'hôpital Nathaniel de Rothschild de Berck; mais ils couchaient dans des salles où ne couchent que des chloro-anémiques; toute la journée ils étaient en plein air, ou dans une salle d'études en cas de mauvais temps. Ils n'avaient que des contacts passagers avec les malades atteints de tuberculoses d'ailleurs locales, non viscérales.

Il ne paraît donc pas nécessaire, pour que le bacille de Koch pénètre dans les cryptes de l'amygdale pharyngienne

hypertrophiée, que les malades vivent dans le voisinage immédiat et journalier des phtisiques.

L'absence actuelle chez nos deux malades de grosses adénites cervicales nettement spécifiques n'est pas, comme on le voit, une preuve que le bacille ne puisse pas cependant se trouver dans les cavités buccales ou naso-pharyngienne.

La conclusion thérapeutique est qu'il ne faut pas négliger d'opérer de leurs végétations les malades qui en sont porteurs; et pour reconnaître la présence de ces tumeurs lymphoïdes, on ne doit pas toujours compter sur les signes objectifs classiques: voix nasonnée, respiration buccale, sténose nasale, palais en ogive, etc., que nous n'avons rencontrés en partie que sur l'un de nos deux malades.

Un très grand nombre de chloro-anémiques ont l'amygdale pharyngienne hypertrophiée sans qu'ils en présentent d'autres signes qu'une rhinite chronique; il n'est pas rare que l'hypertrophie de cette amygdale coïncide avec celle des amygdales palatines.

Toutefois, l'une peut être grosse sans que les autres le soient; on s'en rend compte par le toucher digital ou la rhinoscopie.

Il est à remarquer qu'aucun des animaux inoculés par des végétations prises à des porteurs d'adénites bacillaires n'a été rendu tuberculeux. Le bacille a dû sans doute pénétrer par une autre porte d'entrée, par les amygdales peut-être, dont nous étudions en ce moment l'action à ce point de vue, dans une autre série d'expériences.

La coïncidence d'une otite suppurée paraît avoir exalté la virulence des microbes habituels de la cavité naso-pharyngienne. En effet, sur les quatre malades dont les produits ont amené la mort des sujets inoculés, trois étaient atteints

de vieilles otorrhées : d'où la nécessité, dans le traitement de cette dernière affection, de réaliser, par les moyens que nous indiquerons plus loin, l'asepsie du naso-pharynx.

Quant aux symptômes généraux éprouvés par nos animaux en expérience, nous devons faire une distinction entre les lapins et les cobayes.

Tous les lapins étaient porteurs de vésicules hydatides qui siégeaient dans les franges du grand épiploon.

Un en avait, en outre, son foie tout farci; nous en avons trouvé de libres dans la cavité péritonéale d'un autre, sans que la séreuse présentât d'ailleurs la moindre réaction.

Les cobayes n'offraient rien d'anormal.

Cette restriction faite, les quatre qui sont morts de septicémie ont eu les signes habituels des infections généralisées : diarrhée, manque d'appétit, poil hérissé, inertie des mouvements, cris plaintifs la veille et le jour de la mort. La température s'est maintenue entre 39° et 40° et quelques dixièmes.

Les trois qui ont eu des abcès locaux ont présenté les mêmes signes, seulement dans la période de formation de l'abcès, pendant les quatre ou cinq jours qui ont suivi l'inoculation.

Deux n'ont rien présenté d'anormal.

Les deux tuberculeux (deux cobayes) paraissaient indemnes de toute affection : ils avaient conservé leur appétit, leur agilité; leur poids avait augmenté; leur température se maintenait entre 38° et 39°.

Mais nous devons dire que tous, lapins ou cobayes, ceux qui sont restés indemnes comme ceux qui ont été malades, ont eu une température habituellement supérieure à 38°.

Le volume des végétations paraît être un facteur indifférent.

L'amygdale n'encombrait réellement le pharynx que chez les malades des observations IX et X.

Chez les autres, nous l'avons trouvée tantôt étalée, diffuse; tantôt agglomérée en îlots épais (amygdale en régression).

En dehors de M. Pilliet, qui dans trois cas sur dix avait constaté la présence de cellules géantes dans les végétations adénoïdes, nous pensons que nos expériences démontrent pour la première fois par inoculation directe aux animaux la présence du bacille de Koch dans ces produits pathologiques.

Ainsi tous les microbes pyogènes, susceptibles d'être rencontrés dans les sécrétions pathologiques des organes de la face, se trouvent, et en nombre singulièrement considérable, dans les cryptes des amygdales et, plus spécialement, dans l'amygdale de Luschka. Nos expériences prouvent leur virulence, et l'on comprend que, dans l'organisme, ils la manifestent au moindre accident.

Mais cela prouve-t-il qu'ils puissent émigrer et, par voie de propagation, atteindre de proche en proche les organes groupés autour de leur siège originel?

La continuité des muqueuses est déjà, non pas une raison, mais une facilité; il y a bien l'action des mucus, mais il faut noter que les microbes ne révèlent leur présence qu'autant qu'un coup de froid, qu'un traumatisme a diminué la force de résistance des organes glandulaires; et ces causes occasionnelles portent à la fois sur tous les organes de la tête. Il est difficile de supposer qu'on prenne froid à la gorge, sans prendre également froid au nez, aux oreilles, etc... Et d'ailleurs

il suffit qu'un germe ait ses propriétés virulentes exaltées sur un point déterminé, pour qu'il puisse surmonter les obstacles qu'opposent les muqueuses voisines.

N'avons-nous pas vu la rougeole, la diphtérie, partir de la gorge et envahir, l'un après l'autre, tous les organes de la face?

Nombreux sont déjà les auteurs qui ont signalé des faits de propagation d'un organe à l'autre... Qu'il nous suffise d'en citer quelques-uns : Meyer, de Copenhague, a trouvé des tumeurs adénoïdes chez 7 1/4 0/0 des maladies auriculaires qu'il soignait.

E. Wakes affirme que c'est à peine si 5 0/0 des sujets affectés de tumeurs adénoïdes échappaient aux complications auriculaires.

Le Dr Paul Jany (1) a pu, d'avril en juin, recueillir dans le va-et-vient d'une consultation externe, trente-quatre observations d'affections aiguës de l'oreille survenues en même temps qu'une affection aiguë du rhino-pharynx.

Du pharynx au nez, la communication est encore plus directe et plus large : les infections se font réciproquement d'une cavité à l'autre; la trompe d'Eustache, ouverte en quelque sorte sur les deux, se trouve par sa situation exposée aussi bien aux infections nasales qu'aux infections pharyngiennes.

Swinburne (2), sur mille cas d'otites moyennes aiguës, subaiguës ou chroniques, suppurées ou non, n'a trouvé que quarante-sept cas qui n'étaient pas accompagnés d'une affection nasale.

(1) *Du rapport des maladies de l'oreille moyenne avec les infections du rhino-pharynx.* (Thèse, Paris, 1894.)

(2) *Medical Record*, 1892.

Dans la majorité des cas, on retrouve une rhinite hypertrophique.

Pour les maladies des yeux, survenant dans le cas d'affections nasales, le Dr Émile Berger les explique, soit par les réflexes, soit par la propagation d'une muqueuse à l'autre : « La conjonctive est plus souvent menacée d'une infection venant des fosses nasales que la réciproque n'est vraie. »

Avec la rhinite hypertrophique, il a vu coïncider des douleurs avec sensation de corps étranger dans le sac conjonctival; du gonflement des paupières; de la photophobie; du larmolement; du blépharospasme; de l'injection ciliaire et de la conjonctivite : « Cette injection des vaisseaux par voie réflexe est probablement la cause qui rend quelques formes de conjonctivites et de kératites si difficiles à guérir ou même incurables, lorsqu'elles existent en même temps qu'une affection du nez. Ce fait a conduit plusieurs auteurs à admettre un certain rapport entre ces affections oculaires et les maladies des fosses nasales. Ainsi la conjonctivite et la kératite phlycténulaires, l'ophtalmie scrofuleuse surtout, ne guérissent quelquefois qu'après la disparition de l'affection nasale. »

Plus loin, le Dr E. Berger ajoute : « Cependant, dans quelques maladies générales, les affections oculaires se développent indépendamment de celles du nez, et c'est à tort, par exemple, que quelques auteurs cherchent à établir une relation entre les maladies oculaires et nasales, dans la scrofule. »

C'est justement l'idée contraire que nous soutenons dans notre travail.

M. Augagneur croit que la kérato-conjonctivite phlycténu-

laire des enfants est produite par la contagion d'une rhinite impétigineuse.

L'existence simultanée si fréquente de ces deux maladies fait considérer cette hypothèse comme très vraisemblable, quoique l'origine infectieuse de cette affection ne soit pas encore établie.

Rappelons le fait si connu de Jacobson où, à la suite d'un coryza, éclata une ténionite aiguë.

Ziem(1) rapporte trois cas d'iritis dus à des suppurations du nez ou de ses cavités et qui ne s'améliorèrent qu'après le traitement nasal.

Au congrès d'ophtalmologie de 1891, M. Terson, à propos du traitement des affections lacrymales, s'exprimait ainsi : « L'infection dans le catarrhe des voies lacrymales est démontrée par la nature des lésions anatomo-pathologiques de la muqueuse lacrymo-nasale et par la virulence des sécrétions altérées du sac sur le tissu cornéen dépouillé de son épithélium. Cette infection est due aux rapports de voisinage et de continuité de la muqueuse, d'un côté avec la conjonctive, et de l'autre avec la muqueuse des fosses nasales qui en est la source la plus ordinaire. »

Dernièrement (2) M. le professeur Truc, dans une leçon clinique, citait un malade, sujet aux angines qui, à la suite de la dernière qu'il avait contractée, avait eu de l'irido-choroïdite purulente.

Pour le bacille de Koch, nous avons dit que M. le professeur Straus l'avait découvert dans les fosses nasales de sujets habitant ordinairement avec des tuberculeux...

(1) *Annales des sociétés des maladies de l'oreille*, 1893.

(2) *Semaine médicale*, 24 octobre 1894.

Deux de nos expériences prouvent qu'on peut le rencontrer dans le pharynx de sujets non tuberculeux, mais porteurs de végétations adénoïdes.

Dans la thèse du Dr Jaulin, nous relevons un cas de tuberculose oculaire observé par Løidholt dont le début avait « eu lieu par une tuberculose ulcéranle du nez du côté droit, qui, par l'intermédiaire des voies lacrymales, avait gagné la paupière inférieure droite où elle affectait la forme de plaques disséminées ».

En résumé, la transmission existe : qu'elle se fasse par le canal lacrymo-nasal, la plus fréquente selon nous, par voie réflexe dans le domaine de trijumeau comme le veut Berger (1), par stase veineuse, suivant le Dr Couétoux, ou qu'elle emprunte les relations vasculaires et lymphatiques d'après Ziem.

Tous citent le coryza à l'appui de leur thèse. En effet, cette affection peut être considérée comme le type de ces inflammations par propagation. Le plus souvent il n'y a de pris avec le nez que l'œil ou l'oreille. D'autres fois, commençant par la gorge où il traduit sa présence par de l'ardeur et de la sécheresse, il gagne presque simultanément le nez qui s'enchifrène, les oreilles qui bourdonnent et se bouchent, et sitôt après l'œil qui rougit et larmoie. Puis une violente céphalalgie indique l'invasion des sinus, plus généralement du sinus frontal. La lèvre supérieure, irritée par les sécrétions, grossit et s'excorie ; le lobule du nez devient turgescant et parfois douloureux. L'enfant, obligé de respirer par la bouche, prend en partie cette physionomie spéciale, un peu béate, sentant la gêne, la souffrance passagère chez celui qui a sa gorge

(1) *Annales d'oculistique*, 1893.

libre, habituelle chez le porteur de grosses amygdales ou de végétations adénoïdes.

A le fin de ce chapitre, nous sommes heureux de signaler un mode de traitement du naso-pharynx de M. le Dr Heller (de Nuremberg) qui est en pleine concordance avec nos idées (1). M. Heller a été amené à faire systématiquement le lavage du naso-pharynx (ce qu'il appelle la pharyngothérapie) dans les maladies infectieuses en se fondant sur cette hypothèse : « Que l'observation clinique rend de jour en jour plus vraisemblable, que presque toutes, sinon toutes les maladies infectieuses, à l'exception du choléra et de la dysenterie, sont dues à l'*aspiration* de l'agent infectieux, lequel se localise d'abord dans les cavités nasales et le pharynx, où il se multiplie pendant la période dite d'incubation; de là le virus pénètre dans le sang et les humeurs de l'organisme et l'infection générale est un fait accompli ».

M. Heller a obtenu des succès dans les diverses angines, l'érysipèle de la face, l'angine diphtérique, la coqueluche, la dothiéntérie, le rhumatisme articulaire aigu, où le pharynx constitue souvent la porte d'entrée de l'infection, comme le prouve l'angine rhumatismale; la variole, la rougeole, la scarlatine, enfin et surtout, dans les adénites cervicales chez les enfants, cette affection étant le plus souvent liée à l'existence d'une rhinite scrofuleuse vis-à-vis de laquelle l'hypertrophie des ganglions cervicaux jouerait le même rôle que la pléiade ganglionnaire à l'égard du chancre syphilitique.

(1) *Semaine médicale*, 14 novembre.

IV

DU ROLE PRÉDOMINANT JOUÉ PAR LES VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES DANS LES INFECTIONS CHRONIQUES ET A RÉCIDIVES DES ORGANES DE LA FACE.

L'amygdale de Luschka ne doit pas être incriminée seule. Il y a une part à faire dans ces infections aux amygdales palatines et tubaires, et à tous les follicules clos hypertrophiés qui criblent le pharynx. Mais son rôle est prépondérant à cause de sa situation anatomique, qui, d'une part, la met en contact presque immédiat avec les muqueuses de ces organes, et d'autre part, la met à l'abri des nettoyages, des balayages réguliers que subit l'amygdale palatine, soit par la toilette de la bouche, soit tout simplement par l'acte de la déglutition.

Par le terme de végétations, nous ne voulons pas non plus entendre qu'il n'y a de nocifs que les cas où l'hypertrophie de cette amygdale forme des amas, des tumeurs qui obstruent les choanes. L'hypertrophie en masse de la glande étalée est aussi sujette à caution.

Dans le premier cas, l'enfant respirant par la bouche, le nez se rétrécira, s'amincira, n'ayant plus sa fonction physiologique à remplir et, entraînée par le retard involutif de cet organe, la lèvre supérieure restera plus courte, découvrant les incisives médianes. Par suite le processus infectieux restera en grande partie localisé dans le cavum ; les sécrétions muco-

purulentes s'écouleront dans le pharynx; les oreilles seront presque toujours atteintes; mais le vestibule, les yeux le seront beaucoup moins, la voie infectieuse étant en quelque sorte interceptée.

Dans le second cas, les sécrétions s'écoulant plutôt par les narines provoqueront par inoculation directe de la rhinite des orifices; par propagation lymphatique, l'hypertrophie du vestibule et des lèvres, et par propagation de muqueuse à muqueuse, l'infection des membranes externes de l'œil.

Ces deux types se combinent d'ailleurs fréquemment; la végétation n'est qu'une forme de l'hypertrophie; et il n'est pas rare de rencontrer des malades un peu âgés, porteurs de végétations ou d'otites consécutives, qui racontent que lorsqu'ils étaient plus jeunes, ils ont eu mal aux yeux; leur témoignage est souvent confirmé par une opacité de la cornée.

Le même aspect général, les mêmes lésions indiquent suffisamment leur parenté, et nous permettent de les considérer comme deux variétés d'un même processus.

Comment reconnaître cette hypertrophie et à quel âge se manifeste-t-elle?

M. le Dr Escat, dans son excellente thèse sur l'évolution et les transformations anatomiques de la cavité naso-pharyngienne, nous apprend qu'il est presque impossible pour l'anatomiste qui veut établir l'évolution normale de l'amygdale pharyngienne « de porter ses recherches sur des pharynx normaux exempts de tout passé pathologique ».

Chez le nouveau-né, l'amygdale n'occupe que la moitié, parfois le tiers de la voûte; à un an, elle l'occupe tout entière.

En ce moment elle s'étend du bord antérieur de la voûte en avant, jusqu'à une ligne transversale passant par le tubercule pharyngien en arrière.

Son épaisseur est d'environ 4 millimètres; elle comble la différence de niveau qui existe sur le squelette entre le bord supérieur des choanes et le sommet de la voûte: ce qui ne se voit pas chez l'adulte.

« Normalement sa surface ne doit pas descendre au-dessous d'un plan horizontal passant par le bord supérieur des choanes. »

Donc si le diamètre vertical de la voûte reste inférieur au diamètre homologue des choanes, c'est qu'il y a hypertrophie.

Jusqu'à douze ans, son accroissement est proportionnel à celui de la cavité. Dans cet intervalle on voit surtout s'accroître le tissu adénoïde qui s'étend jusqu'à la muqueuse du pavillon pour constituer l'amygdale tubaire de Gerlach, dont le développement paraît achevé à douze ans.

Puis vient la phase régressive généralement complète à vingt ans.

Les faits anatomiques concordent donc avec les faits cliniques et les expliquent en partie.

Le développement du tissu adénoïde, l'exiguïté du diamètre vertical des choanes, les rapports immédiats de voisinage de ces orifices avec l'amygdale sont autant de facteurs qui favoriseront les complications pathologiques; et c'est pendant la période du développement de la glande, de un à douze ans, qu'elles se produiront presque toutes.

« Les inflammations répétées et subaiguës survenant dans le jeune âge, chez un sujet prédisposé, sont les vraies causes de

l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne », dit M. Chatelier (1).

Pour démontrer la vérité de cette assertion, que nous partageons pleinement, il faudrait pouvoir suivre chez le même enfant les accroissements successifs que subit l'amygdale à chacune de ses atteintes : coryzas postérieurs, coqueluche, rougeole, scarlatine, etc., ce qui est pratiquement bien difficile.

Il faut se contenter d'observations isolées et conclure par induction : ce qui, croyons-nous, peut suffire.

Dans la thèse du Dr Escat, je relève deux observations où se trouve la preuve nécropsique de l'influence des maladies infectieuses sur l'amygdale ; dans l'une (XV) il s'agit d'un enfant de trois ans mort de rougeole ; dans l'autre (XX) d'une fille de dix ans morte de scarlatine. « La surface se trouve abaissée au-dessous du bord supérieur des choanes, ce qui paraît dû à l'état congestif de toute la muqueuse des voies respiratoires supérieures affectées de catarrhe rubéolique. La région de l'amygdale tubaire est également hypertrophiée ».

Lorsque l'hypertrophie est devenue chronique, chez les enfants de cinq à dix ans, on voit, en déprimant la langue, une couche de muco-pus verdâtre s'écouler le long du pharynx venant de la voûte. Si on enlève cette couche avec un tampon d'ouate, la surface de la tonsille apparaît tomenteuse, rouge, enflammée ; dans les sillons qui séparent les lobules, le muco-pus reste encore adhérent.

La muqueuse pharyngienne participe le plus souvent à l'inflammation ; elle est également rouge et turgescence.

(1) *Tumeurs adénoïdes du pharynx*, Thèse de Paris, 1886.

Parfois la tonsille paraît exsangue, anémiée, rappelant l'aspect de certaines grosses amygdales palatines; mais on retrouve à peu près toujours dans les replis le muco-pus caractéristique.

L'aspect varie naturellement selon les individus, et surtout suivant le degré de l'inflammation. Concurremment avec les lésions pharyngiennes, on trouve presque toujours des lésions inflammatoires du nez et plus spécialement celles du catarrhe hypertrophique qui siègent de préférence sur le cornet inférieur (1).

Si l'on songe qu'il se trouve une certaine quantité de tissu lymphoïde à l'extrémité antérieure de ce même cornet, que ce tissu doit subir l'hypertrophie que subissent tous les tissus de même ordre chez des enfants pareillement préparés, on ne s'étonnera pas qu'il joue par rapport au canal lacrymal et aux yeux le même rôle que l'amygdale de Luschka par rapport aux oreilles.

Et ainsi se trouve complété ce qu'on peut appeler le cercle infectieux; car à leur tour les larmes surabondamment sécrétées et chargées de germes iront irriter la muqueuse du méat inférieur et du vestibule; d'où la durée, la persistance, les récidives si fréquentes des lésions lacrymo-nasales.

A partir de douze ans, avec la régression des végétations, les rhinites, les affections strumeuses des yeux, des oreilles, deviennent de plus en plus rares; après vingt ans, elles sont exceptionnelles. Celles qu'on rencontre après cette date remontent le plus souvent aux premières années.

(1) CHATELIER.

Il y a dans les chiffres qui précèdent un parallélisme bien suggestif.

Voilà des lésions qui suivent, pour ainsi dire, pas à pas, les transformations anatomiques qui s'accomplissent dans la cavité naso-pharyngienne. Et l'on cherche, pour les expliquer, une diathèse, une maladie générale quand elles sont si nettement locales !

Le Dr Chatelier fait du reste remarquer que le traitement antiscrofuleux est aussi impuissant à les faire disparaître qu'à faire fondre les scrofules ganglionnaires qui sont aussi l'apanage de l'enfance parce qu'elles sont le plus souvent consécutives aux affections qui nous occupent.

Nous ne parlerons pas de l'influence des végétations sur le développement de la cavité thoracique, sur les troubles cardiaques, sur le développement général, sur l'anémie des tissus, sur la fréquence des céphalées. Ces troubles, décrits longuement déjà par Dupuytren, Alphonse, Robert et d'autres maîtres de l'époque qui les mettaient sur le compte des amygdales palatines, sont du reste aujourd'hui très connus.

Nous dirons seulement qu'ils contribuent en retour à diminuer la résistance de l'organisme et à préparer le terrain à de nouvelles infections d'autant plus virulentes et longues à guérir que la phagocytose est plus lente et la réaction des tissus médiocre.

V

OBSERVATIONS

Nos observations portent sur quarante-huit malades. Chez tous, nous avons systématiquement exploré la gorge, soit par la rhinoscopie postérieure, soit par le toucher digital.

Nous les avons rangés en quatre groupes. Le premier comprend les malades atteints à la fois du pharynx, des oreilles, du nez, des yeux. Le deuxième, les malades atteints du pharynx, du nez, des yeux. Le troisième, les malades atteints du pharynx, du nez, des oreilles. Le quatrième, les malades atteints seulement d'une affection isolée de ces organes.

PREMIER GROUPE

PHARYNX, — OREILLES, — NEZ, — YEUX.

I. B. (Emma), 27 ans. Berckoise d'origine.

Oreilles. — Otite suppurée bilatérale.

La suppuration dure depuis dix-sept ans. Jamais traitée jusqu'à cette année.

Des deux côtés, la membrane est détruite dans sa moitié postéro-inférieure. La paroi labyrinthique est granuleuse. Le manche du marteau est horizontal; la suppuration est fétide et incommode l'entourage. La montre est entendue au contact; la voix chuchotée, à peine à 15 centimètres.

C'est pour les oreilles qu'elle demande des soins.

Yeux. — Se rappelle avoir eu souvent mal aux yeux quand elle était plus jeune. Il n'en reste pas de traces.

Nez. — Effilé, mince, étroit, type du nez de porteurs de végétations.

Le chevauchement des incisives médianes supérieures, la hauteur et l'étroitesse de la voûte palatine (palais ogival) sont en rapport.

Pharynx. — Le toucher digital fait sentir, au milieu d'une amygdale encore grosse, des lobules gros comme de petits haricots qui indiquent qu'elle a dû avoir en effet des végétations.

Durée du traitement : 3 mois. Guérie avec une amélioration notable de l'ouïe : voix chuchotée, 40 centimètres.

II. B. (Marie), 28 ans. Berckoise d'origine, sœur jumelle de la précédente. De meilleure santé habituelle. A longtemps habité Paris comme domestique.

Même type physique qu'Emma, au point qu'elles sont souvent prises l'une pour l'autre.

Et aussi même type pathologique.

Oreilles. — Double otite suppurée, datant de dix-sept ans.

Tympan détruit aux mêmes endroits. Mais la suppuration est moins abondante et l'ouïe meilleure que chez Emma.

28 juillet, début du traitement. 16 octobre : O. G. guérie. Montre, 0^m,12 avant, 0^m,20 après.

L'oreille droite n'a guéri que le 31 décembre. Ce retard tient : 1^o aux granulations de la paroi ; 2^o à la suppuration de l'attique.

Nez et Pharynx. — Mêmes observations que ci-dessus.

Notons que ces deux malades ont deux sœurs bien portantes qui n'ont jamais eu semblables accidents.

III. R. (Céline), 16 ans et demi, à Berck, l'été, pour une arthrite tuberculeuse du genou.

Yeux. — Les yeux ont été malades dans l'enfance ; il n'en reste pas de traces.

Nez. — Léger rétrécissement des fosses nasales : éperon de la cloison. Respiration très nettement buccale. Voix nasonnée, bouche entr'ouverte, angines fréquentes. Mucosités verdâtres.

Pharynx. — Grosses végétations bilatérales. L'amygdale qui remplit le cavum n'a pas encore subi la phase régressive. La gêne respiratoire était telle que la mère inquiète l'avait amenée pour ce symptôme-là seulement.

Oreilles. — Elle ne s'était pas aperçue d'une diminution de l'ouïe très considérable. Elle n'entendait plus la montre qu'à 7 centimètres. Les oreilles n'avaient jamais suppuré.

Opérée le 8 octobre de ses végétations, elle n'a pu attendre la suite du traitement pour les oreilles; mais il y avait déjà un gain de 3 centimètres à la montre.

IV. G. (Henriette), 10 ans, habite Merlimont, petit port à 3 kilomètres de Berck.

Enfant blonde, très chétive, très lymphatique. Pas de renseignements sur les antécédents.

Yeux. — Ancienne kératite phlycténulaire aux deux yeux : double taie centrale.

Bords ciliaires un peu rouges.

Nez. — Sténosé, effilé. Catarrhe chronique. Éprouve une très grande gêne à la respiration nasale.

Chevauchement des incisives médianes; palais fortement ogival.

Pharynx. — Énormes végétations comblant le cavum, surtout nombreuses et pressées à droite : côté gauche un peu libre.

Oreilles. — Gauche saine, montre 0^m,50.

Droite : suppure depuis six ans; aucun soin jusque-là. Le conduit, désobstrué d'une masse de saletés, dont une mouche, laisse voir une vaste perforation du tympan située en bas et en arrière du marteau et, dans le fond, une paroi labyrinthique rouge et granuleuse. Montre 0^m, 02.

L'enfant, vue une fois, le 2 octobre, n'a pas été ramenée.

V. B. (Fanny), 17 ans. Hôpital Rothschild, pour anémie.

Comme antécédents : rougeole, coqueluche.

Pharynx. — Végétations isolées, grosses comme un haricot, surtout accentuées sur la paroi latérale droite. Mucosités épaisses, muco-purulentes.

Nez. — Coryzas fréquents.

Yeux. — Étant plus jeune, a eu souvent les yeux malades; au printemps, pendant plusieurs années de suite, elle restait des semaines entières sans pouvoir les ouvrir. Il ne reste pas trace de ces affections.

Oreilles. — Les oreilles n'ont pas coulé. Mais il y a entre les deux une grande différence à l'audition de la montre. Oreille gauche : 4 mètre; oreille droite : 0^m,30 seulement. Du côté droit, le tympan est plus blanchâtre.

VI. B. (Léontine), 12 ans et demi. Hôpital Rothschild, pour d'énormes adénites cervicales.

Rougeole dans l'enfance, anémie profonde.

Yeux. — Il y a trois ans, mal aux yeux, qu'elle ne pouvait ouvrir. Pas de taie. Légère injection conjonctivale du globe.

Oreilles. — Suppuration de l'oreille droite qui a passé inaperçue les premiers jours pour redevenir aiguë après trois semaines de séjour.

L'oreille gauche a aussi suppuré autrefois; tympan cicatrisé.

Ouïe : gauche, 0^m,30; droite, 0^m,20, bien inférieure à la normale.

Nez. — Rhinite vestibulaire droite; rhinite hypertrophique des muqueuses des deux côtés. La respiration nasale est insuffisante; mais habituellement elle respire par la bouche. Les lèvres sont grosses, surtout la supérieure.

Le palais est légèrement ogival.

Pharynx. — Hypertrophie générale de tout le tissu adénoïde; grosse tumeur à droite au niveau du pavillon.

3 novembre. Début du traitement de l'otorrhée.

20 novembre. Guérison, la dureté de l'ouïe est légèrement diminuée.

VII. S. Samuel, 10 ans. Hôpital Rothschild pour anémie consécutive à une série de maladies infectieuses : coqueluche, rougeole, bronchites, fièvre typhoïde.

Yeux. — Est arrivé avec une blépharite ciliaire ulcéreuse à droite.

Nez. — Rhinite hypertrophique bilatérale. Eczéma du vestibule à droite.

Oreilles. — N'ont jamais coulé, n'en a jamais souffert, mais différence dans l'ouïe. Oreille gauche, 0^m,80; droite, 0^m,30.

Pharynx. — Hypertrophie de la tonsille et végétations sur les parois latérales, plus volumineuses à droite.

Parti guéri de sa blépharite et de sa rhinite qui ont nécessité un traitement d'une dizaine de jours.

VIII. L. (Laurence), 3 ans. En traitement dans une maison de santé.

Enfant très misérable, énormes adénites cervicales suppurées.

Ne parle pas encore, faute d'entendre sans doute, car elle est atteinte depuis longtemps déjà (on n'a pas pu préciser) d'otite suppurée double.

Oreilles. — Énorme suppuration des deux côtés : destruction de la moitié postérieure du tympan. Paroi labyrinthique très granuleuse.

Pharynx. — Amygdale très hypertrophiée, obstruant le cavum sans tumeurs bien nettes, quelques lobules faisant saillie. Catarrhe intense.

Nez. — Rhinite muco-purulente habituelle.

Traitée depuis le 9 juin. Pas encore curettée. Amélioration de l'otorrhée. Les soins ne sont pas très réguliers.

Yeux. — 1^{er} novembre. Kératite phlycténulaire centrale suppurée à droite.

20 novembre. Guérison.

IX. FI. (Marguerite), 4 ans. Hôpital Cazin-Perrochaud, pour coxalgie. Fillette brune, figure agréable, rien du type scrofuleux.

Nez. — Débuts des accidents en juillet. Rhinite hypertrophique compliquée d'eczéma des orifices. Plusieurs fois guérie en 5-6 jours. Autant de récidives.

Oreilles. — 15 octobre. Otite aiguë gauche : suppuration abondante et fétide; irrigations abondantes, maintenant guérie. Vaste perforation du tympan.

Yeux. — 18 octobre. Trois jours après l'apparition de l'otite, kératite phlycténulaire à gauche : 2 petites phlyctènes. Traitement, occlusion, pommade jaune. Guérie en 5 jours.

1^{er} novembre. L'œil droit est pris à son tour.

Phlyctène du limbe scléro-cornéen de la moitié droite avec conjonctivite du même côté.

6 novembre. Guérison.

Pharynx. — Énorme hypertrophie de la glande, avec végétations du côté gauche. Le doigt ne peut dépasser la voûte palatine. Non encore curettée.

DEUXIÈME GROUPE

PHARYNX, — NEZ, — YEUX.

X. D. (Gustave), 7 ans et demi. En traitement depuis un an dans une maison de santé de Berck.

Yeux. — Double taie cornéenne, entamant un peu la partie inférieure du champ pupillaire et résultant d'anciennes kératites dont je n'ai pu savoir la date.

Nez. — Le 17 juillet, atteint en même temps de rhinite du vestibule et d'une double blépharite ulcéreuse.

Le 24, il avait les yeux rouges, larmoyants. Je constatai six petites phlyctènes à l'œil droit, cinq à l'œil gauche, éparses sans aucun ordre sur la conjonctive et sur la cornée.

Pharynx. — Mucosités catarrhales verdâtres; amygdale obstruant environ le tiers supérieur des choanes.

21 août. Guérison. Le traitement avait été un peu négligé; je n'avais pas pu curetter le pharynx, faute d'y être autorisé.

XI. B. (Clémence), 13 ans. En traitement dans une maison de santé.

Yeux. — 7 mars. Fut amenée pour une double blépharite ciliaire à petits abcès jaunes très nombreux et très récidivants. Elle présentait en outre des taies anciennes aux deux cornées.

Nez. — Hypertrophie des cornets inférieurs. Catarrhe continu. Voix légèrement nasonnée.

Pharynx. — Hypertrophie légère de la glande; pas de lobules saillants.

Traitée à la fois de ses trois affections. Elle fut guérie de sa blépharite dans une dizaine de jours.

24 juillet. 4 mois après, blépharo-conjonctivite double et simultanément sur les deux cornées, près des anciennes taies, groupe de cinq à six phlyctènes produisant une réaction très vive; quelques-unes éparses sur les conjonctives.

11 août. Les symptômes réactionnels avaient disparu, les phlyctènes s'étaient affaïssées.

27 août. Guérison sans opacités cornéennes.

XII. D. (Arsène), 12 ans. En traitement dans une maison de santé.

Garçon assez robuste.

Nez. — La lésion dominante chez ce malade est un lupus de la narine droite et de la lèvre supérieure. La lèvre est très épaisse, le bourrelet muqueux est creusé d'une ulcération profonde d'un centimètre qui empiète sur la muqueuse buccale.

La narine est ulcérée sur tout le pourtour de l'orifice; mais l'ulcération est plus profonde et plus étendue en dedans.

Le lobule, réduit de volume, est tordu et entraîné par les tractus cicatriciels vers le côté malade. L'orifice est réduit à un demi-centimètre de diamètre.

La narine gauche est souvent suintante et croûteuse.

Yeux. — 1^o Œil droit : ulcère profond de la moitié gauche de la cornée avec ectasie de la membrane qui, en outre, présente une teinte opaline sur toute son étendue.

Légère conjonctivite. Peu de larmoiement, pas de blépharospasme.

2^o Œil gauche : ancienne petite opacité cornéenne.

Conjonctivite phlycténulaire.

Pharynx. — Mucosités épaisses sur la paroi postérieure. L'ulcération de la lèvre nous empêche de faire le diagnostic complet.

20 février. Je commençai le traitement de son nez et de ses yeux.

27 février. L'œil gauche était guéri.

L'œil droit était considérablement amélioré.

20 mars. — La cornée avait repris sa transparence dans toute la moitié droite, sauf au milieu de l'ulcère. L'ulcère était cicatrisé.

L'acuité visuelle était bonne.

Nous avons été forcé de renoncer à traiter son nez; l'enfant se révoltait à chaque séance de cautérisation.

XIII. D. (Émile), 11 ans. En traitement dans une maison de santé.

Enfant blond, porteur d'énormes adénites cervicales tuberculeuses plus développées à droite.

Yeux. — Œil gauche perdu, ancienne iritis. Synéchie antérieure totale. Pas de renseignements sur la marche de l'affection.

Œil droit. Taie ancienne. Blépharite ciliaire.

Du 20 février au 5 mars. Traité et guéri de sa blépharite.

11 août. Sérieuse phlyctène, à bords exubérants, du centre de la cornée. Symptômes réactionnels intenses. Crainte de perforation ou de synéchie.

21 août. Tout danger avait disparu.

27 août. Guérison sans opacité.

Nez. — En même temps le nez était atteint d'une double rhinite vestibulaire avec rougeur du lobule.

Pharynx. — Hypertrophie simple sans végétations. Catarrhe chronique intense.

XIV. C. (Georges), 12 ans. En traitement dans une maison de santé.

Garçon grand, mais d'apparence chétive.

Yeux. — Anciennes taies aux deux cornées. Strabisme convergent à droite. Double blépharite ciliaire à squames sèches.

Nez. — Rhinite hypertrophique bilatérale.

Pharynx. — Hypertrophie simple. Catarrhe chronique. Guéri en dix jours de sa blépharite, 18-28 février.

XV. D. (Albert), d'origine russe, à Berck, l'été, pour abcès tuberculeux du genou et de l'aîne, pour rachitisme, pour ophtalmies.

C'est un enfant très misérable. Il a un frère de quatre ans également rachitique, porteur de végétations, atteint d'une surdité d'oreilles que j'ai constatée incidemment.

Yeux. — Blépharite ciliaire double, non ulcéreuse. Les bords sont rouges, collés le matin, croûteux dans la journée.

Oeil droit. Ulcère profond au centre de la cornée. Plusieurs phlyctènes sur la conjonctive. Symptômes réactionnels peu intenses comme il est de règle quand l'ulcère est profond. Crainte de perforation.

Commencé le 18 mai, le traitement amenait la guérison complète le 9 juin.

Pharynx. — Hypertrophie considérable de l'amygdale. Grosses tumeurs comblant le cavum. Respiration buccale.

Nez. — Catarrhe continu. Eczéma suintant des orifices. Le curettage du pharynx fut repoussé par la mère.

10 juillet. La blépharite récidivait à l'œil droit et d'autres phlyctènes se reformaient à côté de l'ancien ulcère.

5 septembre. Guérison. Mais avec taie centrale de la cornée...

XVI. F. (Léonie), 13 ans. En traitement dans une maison de santé. Aspect rappelant le type classique du scrofuleux : lèvres grosses, épaisses, nez rouge et tuméfié, cage thoracique aplatie, rentrée.

Anciennes taies sur les deux cornées.

Nez. — Rhinite vestibulaire des deux orifices : croûtes épaisses reposant sur une surface ulcérée et saignante.

Yeux. — 17 juillet. Quelques jours après, phlyctènes aux deux yeux dans le voisinage des anciennes taies provoquant du larmolement et une conjonctivite intense.

Les bords ciliaires sont en même temps atteints de blépharite aiguë, à croûtes jaunâtres.

Pharynx. — Amygdale hypertrophiée, mais en régression. Ilôts épais de tissu adénoïde.

11 août. Guérison du nez et des yeux.

XVII. A. (Charles), 6 ans, Berckois.

Yeux. — Sur chacun des globes, six phlyctènes groupées autour du limbe cornéen, à peine saillantes, de la dimension d'un grain de sable, accompagnées d'un larmolement assez abondant, d'une photophobie légère, d'une forte injection conjonctivale. Mucosités jaunâtres dans les culs-de-sac.

Nez. — Eczéma suintant du vestibule et rhinite hypertrophique.

Pharynx. — Végétations adénoïdes, peu volumineuses, n'obstruant pas les choanes.

Les oreilles étaient saines, malgré la situation latérale des végétations; il est à craindre qu'elles ne soient un jour ou l'autre atteintes, les parents ayant refusé le curettage.

11-17 septembre. Guéri en six jours.

XVIII. C. (Émile), 17 ans. En traitement dans une maison de santé pour adénites cervicales non suppurées.

Nez. — Après quinze jours de séjour à Berck, sans qu'il ait jamais eu d'affection oculaire auparavant, il fut pris d'une vive injection conjonctivale précédée depuis quelques jours par une rhinite vestibulaire bilatérale intense.

Yeux. — Plusieurs phlyctènes suppurées éparses sur la conjonctive et sur le limbe scléro-cornéen.

29 septembre au 8 octobre. Guéri.

Quinze jours après, récurrence des affections oculo-nasales qui cédèrent à cinq à six jours de traitement régulier.

Pharynx. — Pharyngite chronique sans hypertrophie. Ilots adénoïdiens enflammés, épars sur la muqueuse.

XIX. B. (Henri), 10 ans. Hôpital Cazin-Perrochaud, pour sa santé générale. Plusieurs fois atteint d'ophtalmie les années précédentes.

Yeux. — Août. Fut pris quinze jours après son arrivée de phlyctènes à la cornée, avec une violente réaction inflammatoire, larmolement, photophobie, blépharospasme.

Nez. — Gros, rouge, rempli de croûtes sanguinolentes.

Lèvre. — Épaisse, rouge, eczémateuse.

Pharynx. — Amygdale très épaisse sans végétations proprement dites.

Catarrhe muco-purulent. Type classique du scrofuleux traversant une phase aiguë.

Fin août. Guérison avec taie à l'œil gauche.

XX. N. (Rose), 5 ans. Hôpital Cazin-Perrochaud. Mal de Pott. Type du scrofuleux classique.

Yeux. — Est arrivée fin juin avec une double kératite phlycténulaire plus marquée à gauche.

Elle fermait obstinément ses yeux, criait quand on essayait de les lui ouvrir. Les paupières étaient légèrement rouges et œdématiées, larmoiement continu.

Nez. — Gros, rouge, épaté dans le bout, ensellé à la base; aux orifices eczéma aigu, avec croûtes épaisses reposant sur une surface saignante.

Respiration buccale.

Elle fut laissée une dizaine de jours sans traitement pour voir ce que donnerait la mer. Pas de résultat.

L'occlusion et les antiseptiques amenèrent la guérison de l'œil gauche en trois semaines, celle de l'œil droit en un mois. Il persiste une taie à gauche.

La rhinite avait été guérie en huit jours.

Pharynx. — L'amygdale n'est pas aussi hypertrophiée qu'on aurait pu le supposer; petite tumeur à gauche.

De temps en temps on observe un peu de conjonctivite, un peu de larmoiement, qu'accompagnent quelques croûtes dans le nez. Le traitement immédiat en a raison dans un ou deux jours.

XXI. V. (Marie), 7 ans. Hôpital Cazin-Perrochaud. Coxalgie. Fillette brune, figure agréable.

Nez. — Entrée à l'hôpital en juillet avec de l'impétigo de la face et de la rhinite strumeuse.

Yeux. — 5 août. Elle n'était pas guérie, lorsqu'il est survenu de la conjonctivite à l'œil gauche, qui a guéri en dix jours.

2 octobre. Récidive de la rhinite et double conjonctivite. Guérie en huit jours.

Pharynx. — Hypertrophie de l'amygdale qui descend jusqu'au milieu de la cavité. La respiration nasale est seulement un peu gênée.

XXII. M. (Charlotte), 5 ans et demi. Hôpital Cazin-Perrochaud. Coxalgie. Fillette rousse à l'aspect lymphatique.

En juillet, après trois semaines de séjour à l'hôpital, surviennent coup sur coup, sans qu'on ait pu préciser ce qui avait commencé, de la rhinite vestibulaire, des phlyctènes du limbe scléro-cornéen, de la conjonctivite aux deux yeux. Rhinite guérie en huit jours.

La guérison des yeux a demandé cinq ou six semaines. Elle a été retardée par l'indocilité de l'enfant qui luttait contre le pansement, qui retirait son bandeau, qui portait constamment les doigts dans son nez et dans ses yeux.

Elle s'est maintenue jusqu'au 2 novembre, où est apparue une phlyctène du limbe à droite qui a disparu en quatre à cinq jours.

Pharynx. — Le cavum est rempli à peu près totalement par l'amygdale, le doigt ne peut pas dépasser la voûte palatine; il s'enfonce dans une masse friable, rencontrant trois ou quatre petites végétations. Et pourtant, pas d'otite! Il est vrai qu'elle peut encore se déclarer, si on n'y prend pas garde!

XXIII. L. (Jeanne), 3 ans. Hôpital Cazin-Perrochaud.

En juillet, rhinite suivie d'une conjonctivite double sans phlyctènes.

Occlusion rigoureuse. Enfant sage.

Guérison en quinze jours.

La rhinite a plusieurs fois récidivé, traitée et guérie en deux ou trois jours.

Pharynx. — L'amygdale descend jusqu'à la moitié du cavum. Pas de tumeurs.

Il convient d'ajouter que ces quatre petites malades occupent le même coin de la salle, sans être tout à fait voisines. Elles ont eu les mêmes affections, à peu près aux mêmes dates.

Serait-il téméraire de voir dans cette coïncidence un fait de contagion dû à l'action d'un des microbes, probablement le staphylocoque qui habite normalement le rhino-pharynx?

TROISIÈME GROUPE

PHARYNX, — NEZ, — OREILLES.

XXIV. B. (Marie), 6 ans. En traitement dans une maison de santé. Atteinte depuis près de deux ans d'otite suppurée bilatérale.

Oreilles. — L'oreille s'est spontanément cicatrisée sans soins.

La membrane porte la trace d'une vaste perforation.

L'oreille droite coule encore; la membrane, en grande partie détruite, est réduite à un mince liséré périphérique, le marteau a été éliminé.

La persistance de la suppuration de ce côté est due: 1° aux granulations de la paroi labyrinthique très difficiles à cautériser efficacement chez un enfant indocile; 2° à l'irrégularité des soins qui lui sont donnés.

Nez. — Rhinite hypertrophique.

Pharynx. — Amygdale hypertrophiée en masse. Curettée. — Traitée depuis le 30 janvier. pas encore guérie.

XXV. B. (Joséphine), 5 ans. En traitement dans une maison de santé.

Oreilles. 10 mars. Suppuration de l'oreille droite depuis environ six mois.

Envoyée à Berck pour son affection et pour son état général très médiocre.

Perforation de la membrane au centre, en arrière du manche, large d'environ 3 millimètres. Dans le fond, paroi labyrinthique très rouge.

12 mai. Arrêt de l'écoulement qui recommence un mois après.

Pharynx. — 19 juin. Grattage de ses végétations adénoïdes.

11 août. Nouvelle guérison apparente.

4 septembre. La suppuration recommence plus aiguë et, les jours suivants, la perforation s'agrandit. Encore aujourd'hui la suppuration continue, quoique infime.

Nez. — Presque continuellement atteint de catarrhe.

Nous attribuons cet insuccès :

1° A l'irrégularité des soins. Ne pouvant m'en occuper tous les jours, il s'écoulait parfois trois semaines, sans qu'elle me fût amenée.

Dans l'intervalle, les pansements étaient le plus souvent oubliés.

2° Aux granulations de la paroi labyrinthique.

XXVI. C. (Marie), 11 ans et demi. Pour la saison à Berck. — Enfant assez grande, mais maigre, chétive, à cage thoracique étroite.

Présente au complet les symptômes de végétations adénoïdes. Maxillaire supérieur étroit, pommettes effacées, mâchoire inférieure pendante et relativement développée. Bouche ouverte, nez étroit, effilé, voix nasonnée, angines fréquentes, etc...

Oreilles. — 10 avril. Otite suppurée à gauche. Perforation et polype gros comme un haricot inséré sur la paroi labyrinthique et faisant hernie à

travers la perforation. Guérison du polype après cautérisations à l'acide chromique.

Pharynx. — 8 mai. La suppuration persistant, curettage d'énormes végétations comblant le cavum.

A la suite, amélioration de l'otorrhée et de l'audition.

22 mai. L'écoulement cesse, mais la perforation persiste.

19 juin. Il a reparu un léger suintement séreux, qui persistait légèrement lorsque la malade est partie fin juillet, et qui paraît entretenue : 1° par la persistance de la perforation ; 2° par la respiration buccale.

Nez. — Car le nez était tellement sténosé que la malade continuait à respirer par la bouche malgré l'opération.

XXVII. — V. (Henri), 8 ans et demi. A Berck, pour coxalgie. Enfant roux, assez bien portant.

Suppurait depuis trois ans; — opéré dans l'intervalle par M. le Dr Baraton de végétations adénoïdes.

Oreilles. — 12 avril. Oreille gauche guérie avec adhérence du tympan à la paroi labyrinthique et une audition à la voix chuchotée de 0^m, 30.

Oreille droite en pleine suppuration : la paroi labyrinthique, vue à travers une large perforation de la moitié postérieure du tympan, a un aspect framboisé.

Pharynx. — Grosse hypertrophie de l'amygdale, du tissu adénoïde de la trompe, sans tumeurs proprement dites.

Nez. — Un peu de sténose. Pas de catarrhe ; comme l'enfant restait étendu sur le dos pour sa coxalgie, les mucosités tombaient dans la gorge. C'est ce qui explique que le nez ait présenté peu de lésions.

8 mai. Curettage de ses amygdales. L'opération améliore aussitôt l'otorrhée.

22 mai. Guérison. Différence à l'audition de la voix chuchotée : 0^m,20 avant ; 0^m,60 après le traitement.

Il n'a pas présenté de récidives.

XXVIII. Ch. (René), 13 ans, à Berk, l'été. Enfant assez robuste, bien développé, quoique appartenant à une famille de tuberculeux.

Oreilles. — 1^{er} mai. Oreille gauche : suppuration de date récente. Le tympan présente une coloration rouge, diffuse, peu intense. Perforation lenticulaire au centre de la membrane. Écoulement peu abondant. Audition de la voix chuchotée : 1^m,30.

Pharynx. — Hypertrophie diffuse de tout le tissu adénoïde du pharynx, qui forme çà et là des flots de la grosseur d'un pois.

Nez. — Catarrhe hypertrophique léger.

8 mai. Ablation de quelques lambeaux de tissu adénoïde avec la pince de Löwenberg.

12 juin. Curettage du pharynx avec le couteau de Moritz-Schmidt. Curettage incomplet à cause de l'indocilité de l'enfant. Guérison quelques jours après.

XXIX. Leb. (Marguerite), 6 ans et demi. A Berck, l'été, pour tuberculoses cutanées. Enfant très chétive, portant des cicatrices de plaies tuberculeuses aux mains, aux jambes, au cou, à la face.

Oreilles. — 1^{er} mai. — Suppure depuis trois ou quatre ans de ses oreilles.

Oreille gauche. Membrane blanchâtre, épaisse, manche rétracté : trois perforations du tympan, en arrière et le long du manche. Écoulement peu abondant; montre, 0^m,20.

Oreille droite : destruction à peu près totale de la membrane. Il ne reste que la région du marteau. Paroi labyrinthique fortement granuleuse. Suppuration énorme.

Pharynx. — Hypertrophie du tissu adénoïde considérable, mais diffuse.

Nez. — Le nez est ensellé, à lobule large et relevé. Souvent croûtes eczémateuses aux orifices. Rhinite hypertrophique.

Jusqu'à fin juin. Traitement isolé de ses oreilles dont l'écoulement était devenu séreux et peu abondant.

Le pharynx ne fut cureté qu'en septembre, l'autorisation des parents n'ayant été donnée qu'à cette date.

L'enfant fut très négligée depuis. Les pansements devinrent irréguliers. Elle est partie en octobre, améliorée, mais non guérie.

XXX. C. (Lucie), 5 ans. En traitement dans une maison de santé. Fillette blonde, aux traits bouffis, aux chairs molles.

Oreilles. — Oreille gauche : tympan blanchâtre, épaissi, manche relevé indiquant d'anciennes otites subaiguës non suppurées. Montre, 0^m,10.

Oreille droite : Destruction du quart postéro-inférieur du tympan. Forte granulation sur la paroi labyrinthique. Entend la montre au contact. Suppuration abondante.

Pharynx. — Hypertrophie généralisée du tissu adénoïde, tumeurs latérales, près du pavillon.

Nez. — Sténosé. Respiration difficile. Bouche entr'ouverte. Le traitement, malgré le curettage du pharynx, des améliorations intermittentes, n'a pas réussi complètement. L'enfant était très indocile, et les soins ont été, par périodes, très irréguliers.

XXXI. Drap. (Marie), 23 ans, domestique. A toujours habité Berck.

Développement normal. Bonne santé habituelle, malgré la pâleur de son teint.

Oreilles. — Depuis l'âge de 5 ans, suppure des oreilles. Une odeur fétide, repoussante, s'exhale à son approche. Elle craignait, si cela durait, de ne plus pouvoir trouver de place. Les deux conduits sont remplis par une masse polypeuse qui déborde jusque dans la conque.

Elle entend encore des deux côtés la voix parlée à 0^m,50. Extraction des polypes au serre-nœud dans deux séances. Raclage et cautérisation à l'acide chromique des débris.

Carie osseuse de la paroi antérieure des conduits et probablement de la paroi labyrinthique.

Les bourgeons polypeux récidivent continuellement. Les substances désinfectantes arrivent à vaincre la fétidité.

Elle est traitée depuis le 26 mai. L'élimination de quelques petits séquestres, la diminution du pus, l'amélioration lente mais progressive de l'ouïe me font encore espérer la guérison sans intervention chirurgicale sérieuse, qui serait d'ailleurs repoussée.

Les tympanes sont largement perforés. Les marteaux sont en place et entourés d'un cercle assez considérable de membrane atteinte elle aussi d'inflammation chronique.

Pharynx. — Plein d'ilots de tissu adénoïde de la grosseur d'un petit pois, indiquant l'existence de végétations anciennes.

Nez. — Petit, sténosé, respiration buccale, bouche entr'ouverte. Voilà un exemple de ce que peuvent devenir les otites suppurées abandonnées à elles-mêmes; et comme elle a toujours habité les bords de la mer, il paraît illusoire de compter exclusivement sur l'influence bienfaitrice de l'air marin pour les guérir.

XXXII. Ch. (Herminie), sœur du n° XXVIII, 14 ans. A Berck l'été. Atteinte autrefois d'otorrhée, dit-elle. N'avons pu retrouver la cicatrice des tympanes.

Oreilles. — Oreille gauche : montre 0^m,20.

Huit insufflations à la poire de Politzer ont ramené l'audition à 0^m,55.

Nez. — Rhinite hypertrophique.

Pharynx. — Pharyngite chronique accompagnée de catarrhe.

XXXIII. L. (Henri), 14 ans. En traitement dans une maison de santé. Garçon malingre, d'aspect souffreteux, peu développé.

Oreilles. — Otite suppurée bilatérale qui date de très longtemps sans qu'il ait su préciser les débuts.

Oreille gauche : destruction totale du tympan. Paroi labyrinthique très granuleuse, très enflammée. Pus abondant et fétide.

Oreille droite : il ne reste de la membrane que la région du marteau et un liséré tout autour du conduit. Le champ détruit est occupé par un gros bourgeon qui entretient la suppuration.

Le traitement a commencé en septembre.

L'amélioration est grande, les granulations sont détruites, mais l'otorrhée persiste, quoique bien diminuée et sans odeur.

Nez. — Long, effilé, droit. Éperons des deux côtés. Hypertrophie de la muqueuse. Respiration très gênée, — buccale ordinairement.

Pharynx. — Ilots encore gros et enflammés de tissu adénoïde; sécrétions abondantes. Hypertrophie de l'amygdale de Gerlach.

XXXIV. S. (Gabrielle), 8 ans. A habité Calais, puis Berck. Enfant assez chétive.

Oreilles. — Il y a quatre ans, suppuration de l'oreille gauche à la suite de la coqueluche.

Destruction de la totalité du tympan, à l'exception du marteau, dont le manche pend dans la cavité, entouré de chaque côté d'un millimètre de membrane.

Gros polype inséré sur la paroi labyrinthique et remplissant le conduit. Celui-là enlevé, on en voit trois plus petits autour de sa base d'insertion.

Suppuration abondante et fétide.

Nez. — Sténosé. Respiration buccale, bouche ouverte, voix nasonnée. Elle ne peut ni courir, ni s'amuser avec ses camarades, parce que l'haleine lui manque, dit la mère, et qu'elle a aussitôt des points de côté.

Pharynx. — Grosse amygdale. Végétations volumineuses à droite. Catarrhe abondant.

Son traitement a été retardé par une fièvre typhoïde qui n'a pas beau-

coup influencé son otite. Elle n'a pas encore été curettée, à cause de l'opposition de la mère, un peu craintive.

L'otorrhée a cessé le 15 novembre.

En traitement depuis le 10 septembre.

XXXV. E. (Hélène), 12 ans. A Berck l'été. Peu développée pour son âge, cage thoracique très étroite, Épaules rentrées, saillantes en avant. Par hasard, sa mère s'aperçut qu'elle n'entendait pas aussi bien de l'oreille droite que de la gauche.

Oreilles. — Oreille gauche normale. Audition de la montre : 0^m,65.

Oreille droite, manche relevé. Petit pli postérieur, aspect légèrement blanchâtre. Montre : 0^m,15.

Nez. — Très étroit, effilé. Pas de lésions de la muqueuse. Respiration buccale. Voix nasonnée. Ronflements. Génée pour courir.

Pharynx. — Hypertrophie généralisée et grosse végétation à droite couvrant le pavillon.

15 octobre. Curettage sans incidents.

30 octobre. Après trois séances d'insufflations à la poire de Politzer, l'audition de la montre était remontée à 0^m,45.

XXXVI. L. (Robert), 10 ans. A Berck l'été, pour sa santé générale. Enfant roux, maigre, peu développé, peu intelligent, continuellement distrait, poitrine étroite.

Otite suppurée bilatérale l'année précédente.

Il lui est resté une dureté de l'ouïe pour laquelle on réclame nos soins.

Oreilles. — Manche un peu relevé, membranes légèrement opaques. Petites cicatrices rappelant la perforation du tympan des deux côtés. Dureté de l'ouïe. Montre : 0^m,10.

Hypertrophie généralisée de tout le tissu adénoïde. Quelques végétations sur les parois latérales.

Nez. — Un peu sténosé. Catarrhe de la rhinite hypertrophique.

15 avril. Début du traitement. Insufflations de Politzer.

5 mai. Curettage des végétations.

8 mai. Trois jours après, douleurs aiguës de l'oreille irradiées à la tête. Abscess, perforation.

Et pendant six jours, suppuration excessivement abondante, tachant l'oreiller, nécessitant trois lavages par jour.

20 mai. Guérison. Cicatrice comblant la perforation. Ce deuxième

abcès n'a nullement nui à son ouïe. Les insufflations de Politzer furent reprises et continuées jusqu'à la fin juillet.

Il est parti entendant la montre à 0^m,30.

De retour chez lui, dans l'Indre, la mère a écrit un mois après que son oreille coulait de nouveau abondamment.

Nous n'avons pas eu d'autres renseignements depuis.

QUATRIÈME GROUPE

AFFECTIONS ISOLÉES, SANS RAPPORT AVEC UNE LÉSION DU PHARYNX

XXXVII. B. (Léonie), 15 ans. En résidence à la plage.

Yeux. — Blanchisseuse de son métier. Peu développée pour son âge.

Blépharite ciliaire à squames sèches, fines, peu adhérentes.

Brossage des cils à l'huile biiodurée.

Du 6 au 15 mars. Guérison qui s'est maintenue.

XXXVIII. D. (Gustave), 9 ans. En traitement dans une maison de santé.

Nez. — 7 avril. Eczéma impétigineux du vestibule des deux côtés.

12 avril. Guéri.

XXXIX. L. (Fernand), 13 ans. En traitement dans une maison de santé, pour sa santé générale.

Yeux. — Kératite phlycténulaire sans relations avec une lésion nasale, sans antécédents analogues.

Mais, à la même époque, et dans la même maison, plusieurs enfants étaient atteints de la même affection.

Y aurait-il eu contagion, ou inoculation par les mains?

29 mai. Grande amélioration. Puis il fut négligé, les symptômes réactionnels recommencèrent. Et la guérison ne fut complète que le 12 juin.

XL. H. (Alfréda), 5 ans. Berckoise.

Fille blonde, un peu lymphatique, bonne santé habituelle.

Yeux. — Double blépharite ciliaire. Légères érosions du bord. Parfois de petits abcès à contenu jaune.

10-31 juillet. Traitée tous les deux jours par le brossage et guérie. Depuis, pas de récidives.

XXI. B. (Anaïs), 4 ans. Berckoise.

Yeux. — Fillette blonde, bien développée. Le père serrurier, trente-cinq ans, est atteint d'une double blépharite chronique, qui a amené la chute de presque tous les cils. Les bords sont rouges, granuleux; la conjonctive épaisse est en léger ectropion (paupières inférieures).

Même affection à l'œil droit chez la fille. Elle en souffrait depuis environ un mois quand on nous l'amena, et déjà une partie des cils était tombée; la conjonctive était très rouge; les continuels frottements de la main et du coude avaient déterminé un eczéma suintant de la peau de la paupière inférieure et de la peau de la pommette.

Traitée du 13 avril au 5 septembre. Et guérie malgré les difficultés de l'antisepsie chez un enfant de cet âge.

XXII. C. (Joseph), 13 ans.

18 avril. Rhinite vestibulaire des deux orifices. Croûtes épaisses, obstruant les narines. Lobule gros, rouge, légèrement douloureux.

28 avril. Guéri.

XXIII. D (Henri), 8 ans. A Berck la saison, Villa Notre-Dame, pour sa santé générale. Des frères et sœurs malades. Lui assez robuste.

Yeux. — Blépharite ciliaire de l'œil droit, qui dure depuis un an et qui a été inutilement soignée à Laon.

Le mal est surtout intense à la paupière supérieure. Le bord est rouge framboisé, suintant. Cils rares et constamment agglutinés. Abscesses quotidiens à contenu jaune et profonds.

Le matin, il n'arrive à ouvrir ses paupières qu'au prix de vives souffrances et à l'aide de compresses tièdes. L'écoulement des larmes a déterminé un eczéma de la paupière inférieure.

L'œil gauche est sain, et les narines sont affectées d'un catarrhe insignifiant.

Août. Traité d'abord sans résultat par le brossage. Je n'obtins une marche rapide vers la guérison que lorsque j'eus mis son œil sous un pansement exclusif.

Fin août. Pas la plus petite squame. Les cils avaient repoussé aussi drus que du côté gauche.

XLIV. L. (Georges), 8 ans. A Berck la saison. Villa Notre-Dame. Bonne santé habituelle. Veines de la face transparentes; quelques ganglions sous-maxillaires hypertrophiés.

Yeux. — La mère nous l'amena pour un clignotement continuuel passé à l'état de tic. Il avait de la blépharo-conjonctivite aux deux yeux qui durait déjà depuis deux ou trois ans. Les yeux étaient constamment rouges, chassieux, et collés le matin. Pensant que le tic était consécutif à cette lésion, je le traitai par le brossage ciliaire et après cinq séances il était guéri de ses accidents et de son tic.

XLV. De V. (Germain), 44 ans. Villa Notre-Dame. Fillette brune, d'allures très vives, se portant bien.

Yeux. — Superbe bordure de cils et, malgré cela, bords ciliaires un peu rouges, nombreuses squames fines, sèches, ressemblant aux squames de la séborrhée.

Juillet. Trois séances de brossage. Guérison. Mais les soins ultérieurs ont été négligés; et je crains d'autant plus la récurrence que l'affection ne la gêne pas.

XLVI et XLVII. L. (Benoît), 8 ans. K. (Anna), 3 ans. Hôpital Rothschild. En juillet. Kératite phlycténulaire simple coïncidant avec une rhinite vestibulaire. Guérison en quarante-huit heures.

XLVIII. D. (Marie), 43 ans, Égyptienne. Villa Notre-Dame.

Au retour d'une promenade à la plage par un vent froid et un temps pluvieux, fut prise de violentes douleurs à l'oreille droite.

Oreilles. — Aspect de la membrane très rouge. Marteau invisible. Saillie en bouton de la membrane dans son tiers postéro-inférieur.

Paracentèse. Écoulement de quelques gouttes de sérosité.

15-30 septembre. Guérie. La membrane a repris son aspect normal, l'ouïe son étendue; traitement : instillations de glycérine phéniquée.

A ces observations, il faut ajouter une quinzaine de curettages de végétations adénoïdes dont la présence n'était accompagnée d'aucun trouble auditif ou oculaire.

VI

TRAITEMENT

Nous inspirant de l'idée que nous soutenons dans ce travail, que le plus grand nombre de lésions qui nous occupent sont la conséquence d'une affection rhino-pharyngienne, nous avons cherché à faire de l'antisepsie du rhino-pharynx *la base du traitement*.

Pour cela nous nous sommes adressés : 1° à l'eau de mer; 2° au curettage; 3° à la solution iodo-iodurée; 4° aux pulvérisations.

1° *Eau de mer*. — Par la quantité considérable de chlorure de sodium et par les proportions notables de sulfate de magnésie qu'elle contient, l'eau de mer peut être classée comme une eau chloro-sulfatée froide (1). Elle renferme en outre des quantités appréciables de brome et d'iode, des substances organiques que Bory de Saint-Vincent appelle les mucosités de la mer, et qui en rendent la conservation impossible. Sa densité (1,0209 dans la Manche, 1,028 dans l'Océan, 1,0320 dans la Méditerranée) en fait l'eau minérale saline par excellence.

Cette forte densité en rend moins prompt l'échauffement par les muqueuses. Si elle facilite leur vaso-constriction,

(1) *Influence des bains de mer sur la scrofule des enfants*, du D^r CAZIN, 1886.

leur resserrement, si, grâce à cette action vaso-motrice, elles sont mieux détergées, il arrive parfois que les injections sont suivies d'enchifrènement. Mais ce coryza en quelque sorte médicamenteux n'amène qu'un suintement séreux non purulent.

On évite cet inconvénient en la faisant légèrement tiédir avant l'injection.

Le Dr Cazin (*loc. cit.*, p. 142) dit, à propos du coryza chronique, que « les bains de mer froids, les aspirations d'eau de mer agissent merveilleusement sur cette maladie ». Il se ferait là une véritable médecine substitutive.

« Au bout de quelques bains, la sécrétion des glandes de la membrane de Schneider augmente, devient quelquefois très abondante, puis petit à petit les tissus reprennent leur aspect, leurs fonctions normaux. »

MM. les Drs Perrochaud, Speed, Brochard, Cazin, ont remarqué son action altérante et fondante sur les amygdales hypertrophiées.

Ces gonflements chroniques, dit Brochard (1) disparaissent avec facilité sous l'influence du traitement marin.

« Je ferai, dit Cazin, la même remarque pour les angines glanduleuses, où les gargarismes d'eau de mer ont, si elles sont franchement chroniques, une indubitable action.

» Ce traitement doit être surveillé, car il devient nuisible dès qu'il survient un peu d'acuité dans les symptômes. »

Nous n'avons pas, quant à nous, observé la disparition de l'hypertrophie sous la seule influence, soit des injections nasales d'eau de mer, soit du séjour au bord de la mer. Il est vrai que notre statistique ne porte pas sur un nombre

(1) *Des bains de mer chez les enfants.*

bien considérable de cas, et que nous avons opéré de suite les amygdales végétantes que nous avons rencontrées, sans attendre les effets du séjour aux bords de la mer. Mais nous avons pu remarquer que, chez les enfants qui nous ont été amenés après 2, 3, 4 mois de séjour, les tonsilles n'avaient pas subi de modification bien sensible.

On peut tout au plus penser que l'eau de mer, ayant une action antiseptique réelle, supprimera, en chassant des cryptes les amas de mucosités qui y stagnent, les causes d'irritations chroniques, d'inflammations subaiguës. Mais pourquoi attendre des résultats si éloignés, quand un curettage de cinq minutes peut les procurer immédiatement ?

En tout cas, voici ce qu'on observe après une injection naso-pharyngienne prise soit au moyen du siphon de Weber, soit, plus simplement, au moyen d'un laveur ordinaire. Les muqueuses nasale et pharyngienne sont rouges, fortement congestionnées, le mucus abondamment sécrété lui donne un aspect luisant. Le tissu érectile, les travées lymphoïdes sont fortement tendus : symptômes d'une action vaso-dilatatrice intense. La détersion des anfractuosités, des cryptes amygdaliennes est complète ; le naso-pharynx est uniformément rouge. D'ordinaire l'injection est suivie d'une certaine gêne respiratoire, d'un léger enchifrènement accompagné d'écoulement séreux qui dure quelques heures et que nous croyons d'un grand effet thérapeutique, étant donnée l'influence microbicide des mucus. Nous en avons vu les heureux effets dans trois cas d'ozène.

Parfois l'enchifrènement persiste deux à trois jours, mais sans passer à la purulence. Cela s'observe chez les personnes

sujettes aux coryzas. On évite cet inconvénient en faisant légèrement tiédir l'eau, comme nous l'avons déjà indiqué.

Dans quels cas faut-il employer l'eau de mer, et y a-t-il des contre-indications ? Sauf dans les cas aigus, coryza au début, pharyngite aiguë, douleurs d'oreilles, eczéma des narines, nous l'avons toujours prescrite.

Nous faisons prendre deux injections par jour. Dans les pharyngites chroniques, sans hypertrophie tonsillaire, c'est la base du traitement. Dans les cas d'hypertrophie, les injections précèdent et suivent de quelques jours le curettage.

2^o *Curettage*. — Nous curettons le pharynx non seulement dans les cas où la tonsille est végétante, forme des tumeurs, mais encore dans les cas où le tissu lymphoïde forme des îlots épars et où la sécrétion muco-purulente résiste à l'eau de mer et aux attouchements antiseptiques. Raisonnant par analogie, nous pensons qu'il doit en être des glandes de la muqueuse pharyngienne, comme des glandes de toutes les muqueuses exposées aux infections chroniques, la muqueuse utérine par exemple : qu'elles s'hypertrophient, s'allongent dans la profondeur du stroma qui les entoure et qu'on n'a raison de leurs sécrétions qu'à la condition de les racler, de vider leur contenu, de donner libre accès jusqu'aux culs-de-sac aux substances antiseptiques.

L'opération se fait pour les enfants comme pour les adultes sans aucune espèce d'anesthésie : chloroforme, bromure d'éthyle, éther ou cocaïne.

C'est la pratique de notre maître M. le D^r Calot.

La douleur est insignifiante, elle n'est pas à considérer à côté des inconvénients ou des dangers auxquels expose

l'emploi d'un anesthésique quelconque. Quant à l'indocilité des enfants, il est facile d'en avoir raison ; on gagne par persuasion les sujets de six à dix ans : on ouvre de force la bouche aux enfants plus petits : quand ils ont la curette dans la gorge, ni les uns ni les autres ne peuvent se dégager. Ils ont la tête, les mains et les jambes maintenues par l'aide qui se tient derrière eux ; et comme ils suspendent leur respiration, cette légère asphyxie diminue considérablement leurs forces et permet de les mieux tenir.

Généralement on n'enlève la curette que lorsqu'on juge l'opération finie.

La douleur qui suit est si peu considérable que des enfants de huit ans ont accepté, dans la même séance, jusqu'à trois reprises nécessitées par le volume des végétations.

Sur une vingtaine de sujets, un seul a opposé une résistance sérieuse.

L'hémorrhagie s'arrête d'elle-même ; on peut hâter l'hémostase avec quelques gargarismes ou une irrigation nasale.

Pendant les deux jours qui suivent, il est prudent de prendre quelques précautions : gargarismes fréquents, chaleur, alimentation liquide ou demi-liquide.

Nous avons vu une otite suppurée aiguë survenir trois jours après le curettage chez un enfant qui était sorti malgré notre défense par un temps venteux et pluvieux.

Il n'est pas rare que les enfants qui ont eu ou qui ont des otorrhées éprouvent de légères douleurs d'oreilles et parfois une augmentation d'ailleurs passagère de la suppuration. Il ne faut pas oublier que sur la plaie à vif faite par la curette, il se forme un exsudat pseudó-membraneux, grisâtre, adhérent,

qui peut persister une dizaine de jours, et favoriser une recrudescence microbienne si les soins consécutifs sont trop négligés.

Comme instrument, nous nous servons du couteau de Moritz-Schmidt, rarement de la pince de Læwemberg qui a l'inconvénient d'exiger plusieurs séances, et de faire durer des semaines une opération qui demande cinq minutes.

3° *Pulvérisations aux vapeurs médicamenteuses.* — Les substances médicamenteuses le plus communément employées sont : l'acide phénique, le menthol, la teinture de benjoin, l'essence de térébenthine. Nous nous servions ordinairement du mélange suivant :

Glycérine	100
Acide phénique.	5
Menthol.	1 ou 0,50.

C'est un moyen additionnel employé simultanément avec les précédents, ou exclusivement chez les personnes trop pusillanimes pour accepter le curettage.

Les malades s'en trouvent généralement bien, les mucosités se détachent mieux d'abord, disparaissent ensuite ; les raclements du matin cessent. Nous avons pu voir des bourdonnements d'oreilles continuels faire trêve, des voix enrouées reprendre leur timbre seulement par ce moyen.

4° *Solution iodo-iodurée.* — Utile avec les pulvérisations, ou après le curettage, quand la plaie est cicatrisée, comme antiseptique et modificateur des tissus.

Employée en attouchements et bien supportée.

Nez.

Pour le nez, chez les enfants, nous n'avons jamais eu recours à une intervention opératoire. Les affections de la muqueuse, le plus souvent consécutives à des lésions du pharynx, guérissaient avec elles et par les mêmes moyens.

Les rhinites vestibulaires, pour si épaisses que fussent les croûtes, pour si saignante et ulcérée que fût la surface sur laquelle elles reposaient, cédaient en trois jours si les soins étaient bien faits, et si l'enfant ne touchait pas son nez, à des applications de la pommade suivante :

Vaseline.	30 grammes
Acide borique	3 —
Menthol	} $\overline{aa}$. . . 0 ^{gr} 10
Cocaïne	

qu'on répétait trois fois par jour. Pareillement cédaient et assez rapidement les sécrétions muco-purulentes de la rhinite hypertrophique.

Oreilles.

A propos des maladies de l'oreille, rappelons ces paroles du professeur Trœltsch, qui concordent si bien avec notre thèse :

« Je ne saurais trop vous mettre en garde, dit-il, contre l'abus qu'on fait du mot scrofule; la plupart des praticiens trouvent très commode de s'en servir pour se dispenser de l'examen attentif des organes malades et d'un traitement local qui demanderait beaucoup de peine et de temps. C'est surtout dans les affections de l'oreille que cette expression :

« C'est un enfant scrofuleux » joue un rôle important et fatal et, cependant, dans la plupart des cas, les adénites du cou sur lesquelles repose le diagnostic ne sont que la conséquence d'une ancienne otorrhée négligée et traitée exclusivement par des moyens internes : Si l'on guérit l'otorrhée par un traitement local, rationnel, les tumeurs ganglionnaires disparaissent souvent d'une manière complète. »

Toutes les otorrhées, sauf une, ont été antérieures à l'arrivée de l'enfant à Berck. Elles duraient de un à cinq ans quand on nous les a confiées. Jusque-là le traitement avait été nul ou à peu près; certains médecins donnaient de l'huile de foie de morue, conseillaient la campagne, le repos ou les bains de mer. D'autres allaient plus loin et ordonnaient des injections avec une petite canule de verre, qu'ils laissaient faire aux parents. Ceux-ci, par crainte ou par maladresse, se contentaient de seringuer les abords du conduit.

Quelques-uns prescrivaient de faire suivre l'injection de l'instillation de quelques gouttes de glycérine phéniquée.

Un ou deux malades ont été vus par des médecins spécialistes à Paris.

D'examen aucun. De cautérisation efficace aucune, à l'exception de ces derniers.

Le Dr Cazin, de 1869 à 1882, n'a vu que 33 cas d'otorrhée; 24 ont été renvoyés guéris après un séjour moyen de quatre cent vingt-deux jours. Ce résultat nous paraît d'autant plus beau que le Dr Cazin n'employait comme topique que la poudre d'iodoforme et des instillations d'un mélange d'hydrate de chloral et de sulfate d'alumine. Il est vrai que, d'après l'affirmation de personnes qui l'ont vu pratiquer, il ne regardait jamais une oreille atteinte d'otorrhée. Aussi ses

résultats ne sauraient être regardés comme rigoureusement certains. On sait que les sécrétions des otites chroniques finissent quelquefois par être tellement insignifiantes qu'elles passent inaperçues, étant enlevées tous les matins par les soins de la toilette avec le cérumen. Seul, l'examen au spéculum permet d'affirmer la guérison.

Quoi qu'il en soit, le Dr Cazin a parfaitement dégagé trois faits importants : le premier, c'est l'insuffisance d'un séjour au bord de la mer pour la guérison des otorrhées ; le deuxième, c'est la contre-indication de l'eau de mer employée en injections ; le troisième, c'est la nécessité du traitement local.

Il est peu partisan de l'emploi des bains, qu'on ne doit prendre, d'après lui, que par les temps calmes, les oreilles soigneusement bouchées, et qui ne doivent pas durer plus de trois minutes.

On les a accusés de causer d'emblée les otites suppurées avec perforation du tympan, et même la méningite !

Nous n'avons vu aucun de ces accidents sur les 500 enfants environ qui ont été en traitement sous nos yeux cette année.

Sur la foi des auteurs, nous avons déconseillé l'emploi des bains ; mais nullement les promenades sur la plage.

Cinq de nos malades, irrégulièrement soignés, peuvent être considérés comme ayant été soumis à la seule influence de l'air marin. Résultat : ils suppurent encore. L'état général s'est amélioré ; ils sont devenus forts, leur teint s'est hâlé et coloré, mais l'état local n'a pas changé. Parfois il se produisait des améliorations ; mais elles coïncidaient avec des soins plus réguliers.

Nous sommes cependant persuadés que le traitement local, s'il avait été suffisant, serait devenu plus efficace, grâce à

l'appoint apporté à la santé générale, grâce à l'antisepsie que la seule absorption de l'air marin réalise dans la cavité naso-pharyngienne !

C'est dire que nous n'avons pas vu d'aggravation chez ceux qui, bien soignés, passaient toute la journée sur la plage.

Suivant l'intensité des lésions, le traitement a été quelque peu différent, et nous rangeons à ce point de vue nos malades en quatre catégories.

A. Malades ayant une affection de l'oreille sans perforation du tympan.

Cinq dont deux non traités. Des trois autres l'une avait une otite aiguë qui a nécessité la paracentèse. Le tympan est resté plus ou moins rouge environ une quinzaine de jours. L'ouïe est redevenue spontanément normale. La deuxième avait été soignée à Francfort pour une otite suppurée à droite avec perforation de la membrane, aujourd'hui cicatrisée. Traitée par nous par les pulvérisations, les attouchements iodo-iodurés pour des lésions tonsillaires persistantes du pharynx et par les insufflations de Politzer pour sa surdité. — L'ouïe est remontée de 0^m,20 à 0^m,55 à la montre au bout de huit séances.

La troisième curettée pour des végétations. Insufflations de Politzer dix jours après l'opération.

Ouïe remontée de 0^m,15 à 0^m,45 à la montre après quatre séances.

B. Malades atteints d'otorrhée aiguë, à Berck, avec perforation du tympan.

Deux cas. Le premier guéri en dix jours, malgré l'abondance considérable du pus. Traitement : injections d'un

litre d'eau boriquée tiède trois fois par jour; instillations de glycérine phéniquée mentholée aussitôt après l'injection. Cicatrisation parfaite. Ouïe diminuée seulement de 0^m,40 à la montre. Cette otite était consécutive à un curettage de végétations.

La deuxième, porteuse de végétations, atteinte de coxalgie dans un appareil plâtré; également guérie malgré la difficulté des soins.

C. Malades, indigènes de Berck, atteints d'otorrhée avec perforation du tympan. Trois cas. Deux, sœurs jumelles, suppuraient depuis dix-sept ans. Guérison au bout de trois mois de traitement, l'ouïe a doublé: de 0^m,15 à 0^m,30 en moyenne.

La troisième est atteinte de carie du rocher. Je lutte faiblement contre la fétidité du pus; un peu améliorée.

D. Malades atteints d'otorrhée chronique antérieurement à leur arrivée à Berck, avec perforation du tympan.

Tous les autres.

Les otorrhées chroniques sont généralement compliquées de granulations, de polypes insérés soit sur la membrane, soit sur la paroi labyrinthique.

Consécutifs à la suppuration, ils l'entretiennent à leur tour; d'où l'obligation de commencer le traitement par leur destruction. Pour cela quatre moyens:

1^o L'extirpation avec l'anse froide applicable seulement quand le polype a suffisamment de pied.

2^o La cautérisation ignée, qui donne d'excellents résul-

tats, mais qui est limitée par l'étendue de la perforation et aussi par les appréhensions des malades.

3^o Le curettage, un peu aveugle, à cause de l'hémorrhagie, un peu dangereux à cause de lésions possibles des organes importants qui se trouvent soit sur la paroi labyrinthique, soit derrière elle

Nous préférons, quant à nous, les autres moyens qui donnent avec plus de lumière et de sécurité une guérison aussi prompte.

4^o La *cautérisation chimique*: chlorure de zinc, perchlorure de fer, acide chromique, nitrate d'argent. Nous avons principalement employé les deux derniers. L'acide chromique demande l'anesthésie préalable; la douleur, qui se réveille quand l'effet de l'anesthésie est passé, dure parfois de trois à quatre heures; pour la calmer, il suffit d'instiller 2 à 3 gouttes de cocaïne à 1/20^e à plusieurs reprises. Cet agent produit une escharre profonde qui diffuse un peu au delà du point d'application.

Les granulations lenticulaires, les plus fréquentes, cèdent à une seule application. Son seul inconvénient est la douleur.

Le nitrate d'argent est par excellence le caustique et en même temps l'antiseptique des oreilles: à 1 0/0 il est antiseptique, à 1/20^e et surtout à 1/10^e il est caustique.

Le nitrate demande rarement l'anesthésie préalable, mais il exige un nettoyage parfait de la cavité et surtout du point d'application, sinon il coagule les matières albuminoïdes qui sont dans la caisse sans agir sur le tissu qu'on veut détruire. On l'applique avec un tampon d'ouate enroulé autour d'un stylet.

Dans certains cas : destruction de la membrane de Schrapnell, suppurations de l'attique, ou indocilité trop grande de l'enfant, je remplissais de ce liquide le tiers interne du conduit, et j'épongeais au bout d'une minute (les malades ressentaient seulement une légère piquûre); de cette façon j'atteignais des régions où il m'aurait été difficile de faire pénétrer le tampon.

Pour la suppuration concomitante, encore le nitrate d'argent.

Si la suppuration est fétide, la solution antiseptique qui nous a le mieux réussi est la suivante.

Glycérine	100
Acide phénique.	5
Menthol	1 ou 0.50

Il est rare que la fétidité résiste à 3, 4 instillations; sauf dans les caries osseuses. Le menthol produit un froid subit, désagréable, qui ressemble à une douleur; il ne faut pas s'en préoccuper : cette sensation passe très vite.

Nous nous sommes encore servi : de l'alcool boriqué, de l'acide borique en poudre, de l'iodoforme, du sulfate de zinc dont nous alternions l'emploi pour prévenir l'accoutumance microbienne.

Entre tous, l'acide borique en poudre nous a réussi dans les fins de suppuration, lorsque l'écoulement était devenu séreux, que la muqueuse était lisse. Quant au tympan détruit, tantôt il se répare, tantôt il reste perforé.

Trois fois je l'ai vu se réparer dans sa continuité. Deux fois la perforation a persisté comme à l'emporte-pièce.

Les autres fois, il adhérait par les bords à la paroi laby-

rinthique; c'était dans les cas de vaste destruction : les plus fréquents parmi ceux qu'il nous a été donné d'observer.

L'ouïe dépend en grande partie de l'intégrité de la portion de membrane qui englobe le manche du marteau, et de la mobilité de la chaîne des osselets; elle est parfois assez bien conservée malgré la destruction du quart, du tiers ou de la moitié de la membrane; souvent elle reste très médiocre avec un tympan réparé ou seulement troué comme par une tête d'épingle.

Nous l'avons toujours vue s'améliorer avec la guérison de l'otorrhée.

Souvent nous avons demandé si les bourdonnements, si la surdité, si le pus augmentaient après une journée passée sur la plage. La réponse a toujours été négative.

Nous concluons que le séjour au bord de la mer ne nous paraît pas influencer d'une manière sensible la production ni la marche des otites.

Si le Dr Cazin a vu se développer sous ses yeux plusieurs otorrhées après la saison balnéaire, il faut l'attribuer aux conditions dans lesquelles les bains ont été pris. Ils ont dû être trop froids ou trop longs, ou trop fréquents.

Quoique nous n'ayons pas eu de cas analogues, il nous semble très prudent de recommander aux parents de faire examiner les oreilles, la gorge, le pharynx de leurs enfants et de ne permettre le bain qu'autant qu'ils seront indemnes de toute affection de ces organes. Des enfants opérés de leurs végétations et guéris de leur rhinite ont pu se baigner sans qu'il en soit résulté d'accident.

Le froid qui résulte du bain n'est pas dangereux si les abords de la trompe d'Eustache ne sont pas infectés.

Yeux.

Les affections de l'organe de la vue constituent, pour un grand nombre d'auteurs, une contre-indication au séjour sur les bords de la mer. Ainsi pense M. Jules Simon pour qui le vent, le sable, le reflet de ce sable pendant la saison chaude entretiennent « une irritation constante plus forte que le bénéfice apporté par l'amélioration générale de la santé ».

Le Dr Cazin n'est pas aussi absolu :

« Tout dépend, dit-il, de l'état d'éréthisme de l'organisme et de l'organe visuel. Les enfants affectés de scrofule non torpide, avec congestions et fluxions faciles, ne doivent pas être conservés sur les plages. Par contre, j'ai vu plusieurs affections oculaires chroniques, sans tendance aux poussées subaiguës, s'améliorer et guérir sur le bord de la mer sous l'influence de l'heureux effet produit sur l'ensemble de la constitution.

» Toutes les affections qui ne sont qu'une des manifestations de la scrofule sont justiciables du traitement marin.

» Les ophtalmies conjonctivales sont celles qui se guérissent le mieux ; les conjonctivites phlycténulaires, dites peut-être à tort scrofuleuses, car elles constituent le plus souvent un véritable *herpès*, ne sont influencées ni en bien, ni en mal. Les blépharites ciliaires sont on ne peut plus rebelles et l'atmosphère marine leur est bien plus nuisible qu'utile.

» Quand cette dernière et le bain de mer paraissent devoir être supportés et que l'on est en droit d'en espérer un effet satisfaisant, les changements sont bien loin d'être aussi prompts et aussi complets qu'en cas d'engorgements ganglion-

naires ou même d'affections osseuses ou articulaires (!). La durée moyenne du séjour a été à l'hôpital de Berck de quatre cent six jours.

» L'irritation pour ainsi dire substitutive qui amène quelquefois la guérison, quand les enfants sont de retour chez eux, a pu être utilisée comme moyen thérapeutique. Pour le Dr Amat, l'action thérapeutique exercée par les bains de mer sur les affections des yeux est très intense et, si on veut l'analyser, on la trouve en quelque sorte d'un double effet. Par leur influence sur la santé générale, ils dissipent l'anémie, relèvent les forces; la médication marine est reconstituante au premier chef; c'est ainsi que l'on s'explique ses bons effets sur certaines maladies profondes de l'œil, liées à un état dyscrasique du sang. En second lieu... l'eau de mer et quelquefois aussi l'atmosphère marine ont une action locale irritante et résolutive. Cet auteur ajoute du reste qu'il faut surveiller cette action avec le plus grand soin.

» Résumons ce que l'expérience nous apprend. A l'hôpital de Berck, on est frappé du petit nombre d'affections oculaires. Cela ne tient pas seulement à ce que l'on n'y envoie que très peu d'enfants qui en sont atteints, mais encore parce que l'air, le vent, le sable même ont été injustement accusés de favoriser leur production; les causes réputées irritantes, si elles étaient réellement aussi nuisibles, amèneraient des ophtalmies en grand nombre sur une population d'enfants disposés au premier chef à les contracter. Il ne faut donc pas prescrire de parti pris le traitement marin pour les ophtalmies, mais le réserver à certains cas que nous avons précisés. Ainsi restreintes, les indications sont très nettes, et l'on aura à se louer d'y avoir recours toutes les fois que l'enfant ne présentera habituellement

aucune poussée inflammatoire et lorsqu'il ne s'en produit pas dans les quinze premiers jours de son séjour sur la côte. »

Sur vingt-trois cas envoyés spécialement à Berck pour affections oculaires, il y a eu dix-huit guérisons.

Le Dr Cazin ne parle pas du traitement local. Il a sans doute exclusivement compté sur l'heureuse influence de la mer ! C'est ce qui explique qu'il ait pu voir des lésions articulaires et osseuses guérir plus tôt que de simples blépharites !

Pourtant il en est des affections oculaires comme des otites. elles guérissent si on les traite, elles traînent indéfiniment si on les abandonne à elles-mêmes. Elles relèvent de la bactériologie et pourtant réclament l'antisepsie comme un vulgaire abcès : vérité banale, qu'il importe de rappeler à ceux qui compteraient exclusivement sur les ressources de la nature ou sur le changement de milieu !

Pour plus de clarté, nous diviserons nos malades en deux groupes : 1° les blépharites ciliaires, 2° les kératites et conjonctivites phlycténulaires, sans nous dissimuler que cette division est un peu arbitraire et schématique. Car les mêmes malades peuvent avoir en même temps ou successivement ces deux sortes d'affections.

Avant d'exposer le traitement propre à chacune, disons quelques mots d'un moyen thérapeutique, qui nous a rendu des services et dont elles sont également justiciables ; nous voulons parler de l'occlusion.

L'occlusion est généralement condamnée par les auteurs ; on l'accuse de beaucoup de méfaits : de retenir les produits morbides ; d'être ainsi un danger de perforation pour la cornée ; de prolonger la maladie en empêchant ou en diminuant l'écoulement des larmes, dont l'action est nettement

microbicide; de favoriser l'inoculation des parties saines, de transmettre les germes à l'œil sain à travers le pansement si on fait de l'occlusion préventive.

M. le Dr Morax, qui a spécialement étudié la question, a toujours vu les colonies microbiennes plus nombreuses et plus virulentes après le port d'un pansement occlusif.

En principe, nous n'avons pas fait d'occlusion. — Mais l'expérience nous a démontré depuis que, dans certains cas, on n'arrivait à obtenir la guérison que sous le bandeau. Deux cas ont surtout modifié notre opinion à ce sujet.

Le premier est celui de D. Henri (groupe 4, obs. XLIII). Cet enfant, âgé de huit ans, souffrait depuis deux ans d'une blépharite ciliaire intense à l'œil droit. Il avait été jusque-là vainement soigné chez lui, à Laon. Pendant les quinze premiers jours, il fut traité par nous un peu par tous les moyens. Les moyens énergiques aggravaient plutôt la situation. De guerre lasse, on mit son œil sous bandeau, et tous les deux jours on renouvela le pansement. Au bout d'un mois il était guéri; les cils avaient repoussé peut-être plus épais et plus longs que du côté sain; toute rougeur avait disparu.

Le second est celui de B. Henri (groupe 2, obs. XIX), dix ans. Plusieurs kératites avant son arrivée; il fut pris aux deux yeux d'une violente kératite phlycténulaire. Les phlyctènes étaient grosses, exubérantes; les symptômes réactionnels intenses. Conjonctivite, larmoiement, blépharospasme. Il ne pouvait pas ouvrir les paupières; on arrivait avec peine à les lui écarter de force. Resté huit jours sans bandeau; aucun résultat.

Double occlusion. Le malade s'en trouva soulagé. Il reprit ses yeux et sa gaieté.

Dix jours après, l'œil droit était guéri et l'œil gauche allait beaucoup mieux.

La guérison de l'œil gauche n'a été complète qu'à la fin du mois d'août, un mois après le début des accidents, parce que le malade, très indocile et ne souffrant presque plus, acceptait mal les pansements et ôtait continuellement son bandeau.

La guérison des yeux a évolué parallèlement à celle d'une rhinite vestibulaire double également intense.

Chez les enfants de deux à six ans, on n'obtient le plus souvent de résultat qu'à ce prix. Le bandeau est ennuyeux, c'est vrai, mais il a l'immense avantage de supprimer toutes les infections extérieures (et dans un hôpital la raison a sa valeur) d'empêcher l'enfant d'y porter les doigts; de prévenir l'inoculation de l'œil sain; d'empêcher la formation de ces eczémas parfois rebelles que déterminent sur la paupière inférieure l'écoulement des larmes et la frottée du revers de main, de prolonger l'action du médicament déposé dans l'œil, qu'entraîne autrement un flot de larmes.

On a vu d'ailleurs des enfants incomplètement guéris être repris de leurs symptômes aigus, aussitôt qu'on leur enlevait le bandeau. Et souvent la guérison a été tardive, parce qu'on ne pouvait les empêcher de soulever leur pansement.

Voici notre règle à ce sujet : on commence par soigner sans bandeau ; on traite en même temps le nez au moyen de la pommade boriquée, mentholée ; si l'affection persiste au delà d'une semaine ou a tendance à s'aggraver : pansement occlu-

sif (gaze, coton, bande), renouvelable tous les jours ou tous les deux jours jusqu'à guérison complète.

Jamais nous n'avons observé aucun des accidents qu'on prête à l'occlusion, et pour les enfants jeunes à demeure dans une salle d'hôpital, nous restons persuadé qu'elle doit abréger considérablement la durée du traitement en les mettant à l'abri des infections multiples du milieu qui les entoure.

1° *Blépharites*. — Deux modes de traitement employés seuls ou combinés : on commençait par laver les yeux avec de l'eau boriquée tiède. L'eau boriquée a l'avantage de ne pas être irritante et d'être légèrement antiseptique.

Pour la conjonctivite qui accompagne généralement la blépharite, on instillait quelques gouttes d'une solution de sulfate de zinc à 0,45 0/0, après le lavage.

Ce traitement nous a réussi dans quelques cas de blépharite aiguë pris au début. Mais il n'est pas suffisant dans les blépharites chroniques et il a échoué dans plusieurs cas de blépharite aiguë.

Nous y joignons alors l'huile biiodurée de M. le professeur Panas.

L'œil étant bien nettoyé (et c'est là une condition essentielle), on en imbibait un morceau d'ouate préalablement mouillé et exprimé, avec lequel on frictionnait énergiquement la région ciliaire jusqu'à l'émulsion de l'huile. L'opération était suivie d'une légère douleur et d'une assez forte injection des paupières et de la conjonctive, d'ailleurs passagères.

Brossage ciliaire. — La difficulté du traitement des blé-

pharites chroniques et la cause de leurs récides résident dans le siège du mal qui se trouve dans la profondeur des follicules pileux et des glandes qui leur sont annexées. D'où la nécessité de porter jusque-là la substance antiseptique. Le brossage, pratiqué avec un pinceau de blaireau coupé ras, triomphe de cette difficulté. Le pinceau était imbibé d'huile bi-iodurée et on procédait comme avec le tampon d'ouate.

Le brossage nous a généralement réussi dans les blépharites à squames sèches, avec intégrité de la bordure des cils. Il a plutôt nui dans les blépharites ulcéreuses, saignantes, compliquées d'eczéma de la paupière, et, dans ces cas, le tampon d'ouate, moins violent, a mieux fait.

La durée du traitement a varié de huit jours à un mois.

3	ont guéri en	8	jours.
2	—	15	—
4	—	21	—
2	—	30	—

Nous n'avons observé qu'une récide.

2° *Kératites. Conjonctivites phlycténulaires.* — En outre des topiques déjà indiqués et qu'on appliquait simultanément, suivant l'indication clinique, nous avons employé, d'une façon courante contre la phlyctène, le bioxyde jaune de mercure incorporé à la vaseline (1/20^e). La rapidité et la constance de ses effets nous ont fait persévérer dans son emploi exclusif.

Comme on le voit, nos moyens thérapeutiques sont pris parmi les plus connus et les plus simples du répertoire classique. D'ailleurs, les antiseptiques valent mieux par la façon

dont on les emploie que par leur efficacité *in vitro*, et c'est peut-être à cet emploi judicieux que nous avons dû une part de nos succès.

Les phlyctènes atteignent plus souvent la cornée que la conjonctive. Nous n'avons eu qu'un cas de phlyctènes suppurées de la conjonctive, qui a d'ailleurs guéri en une dizaine de jours. Le limbe scléro-cornéen a été pris exclusivement cinq fois, les autres observations ont trait à des kératites phlycténulaires. La durée du traitement a varié de deux jours à six semaines, selon la gravité de la phlyctène (quel qu'en fût le siège) et la rigueur du traitement :

2	ont guéri en	2	jours.
1	—	5	—
4	—	8	—
2	—	10	—
2	—	15	—
5	—	21	—
6	—	30	—
1	a guéri en	6	semaines.

9 avaient eu déjà la même affection : 5 sont arrivés les yeux malades, et 4 d'entre eux ont été mis dans deux maisons de santé ; plusieurs cas s'étant produits après l'arrivée de ces derniers, nous les suspectons d'être la cause de la contagion.

3 sont indigènes de Berck.

3 ont récidivé. Les récidives n'ont eu qu'une durée très courte : huit jours au plus.

Aucun de ceux que nous avons pu prendre au début et qui sont tombés malades à Berck n'a conservé d'opacités sur la cornée.

Quelques-uns, qui avaient d'anciennes taies, ont vu, après leurs récides, leurs opacités s'éclaircir en partie.

Que faut-il penser, après ces résultats, des conditions qui sont généralement incriminées de causer des ophtalmies sur les bords de la mer : l'air, le vent, le sable, le reflet du soleil sur le sable ?

L'air marin est plus dense, plus humide, plus agité, plus uniformément tempéré, plus pur, et d'une constitution chimique plus riche que l'air terrestre.

De ces qualités, trois nous intéressent tout spécialement : son agitation, sa pureté, sa constitution chimique.

Le renouvellement de l'air est un phénomène à peu près périodique. « Si le temps est calme, on ne ressent aucun mouvement dans l'air jusqu'à huit ou neuf heures du matin, parce que l'atmosphère terrestre est à la même température que l'atmosphère marine. Mais bientôt, la brise s'élève et augmente d'intensité jusqu'à trois heures de l'après-midi.

» L'air des côtes se trouve alors complètement remplacé par celui de la mer que les vents chassent sur le continent; la brise cède ensuite, à mesure que le soleil se cache à l'horizon et fait place au vent de la terre qui disparaît à son tour le matin avec le lever du soleil. » (DURAND-FARDEL.)

Ces lignes constituent une règle de conduite excellente pour les malades atteints d'affections oculaires aiguës.

La promenade sur la plage pourra leur être permise, dans la matinée et dans la soirée. L'air est alors très calme; il est légèrement frais, excitant, sans être irritant.

Les malades atteints d'affections chroniques pourront impunément aller sur la plage à toute heure du jour, en

évitant toutefois les brises trop violentes qui congestionnent rapidement la tête.

La pureté de l'air est la conséquence de ces alternatives de brises de mer et de vent de terre (pour le mois d'août, contre 23.000 spores qu'on compte par mètre cube d'air à Paris, on en trouve 1.800 à Berck).

Elle dépend aussi de ce que l'oxygène s'y trouve en abondance à l'état naissant, à l'état d'ozone, et de la quantité relativement considérable de cristaux de chlorure de sodium qui l'imprègnent.

Si cette proportion de sel (0,025 par litre en moyenne) n'a pas une action thérapeutique bien efficace, elle n'est pas non plus certainement nuisible. Le sel contribue à épurer l'air, et à ce titre sa présence est utile.

Les yeux chroniquement infectés ne peuvent évidemment que se bien trouver d'un milieu aussi peu microbien.

Le sable agit sur l'œil de deux manières : par traumatisme quand le vent l'y projette, par le reflet du soleil.

Il faut donc se préserver de ces deux effets nuisibles : le clignotement incessant des paupières peut réveiller un blépharospasme latent, les conjonctives risquent de s'irriter.

Nous avons vu des aggravations et même des récidives survenir après des promenades faites par un temps venteux et une mer agitée.

On doit, bien entendu, rigoureusement interdire aux enfants de se jeter du sable à la figure ; ce qui malheureusement les tente trop souvent.

Quant au reflet du soleil, les verres fumés y remédient. Il n'est pas bon de s'exposer sur la plage sans lunettes bleues,

par un soleil ardent, sous peine d'une violente injection douloureuse des yeux.

En résumé, nous interdisions la plage aux malades atteints d'affections très aiguës avec blépharospasme, larmolement intense.

Nous y laissions aller par un temps très calme dans la soirée, seulement ceux qui présentaient une lésion aiguë en voie d'amélioration.

Et toute la journée ceux qui étaient atteints d'affections chroniques.

Par les jours de forte brise, de sable et de vent, la plage était interdite à tous indistinctement.

Est-ce que l'air marin paraît imprimer aux ophtalmies une marche particulière? Nous avons dit que le Dr Amat utilisait l'action légèrement irritante de l'air marin comme moyen thérapeutique.

Nous avons pu observer, en effet, que les affections chroniques sortent de leur torpidité, que les affections aiguës non traitées s'exacerbent, que celles qui sont contractées à Berck sont très rapidement tapageuses.

Il se passe pour les yeux les mêmes phénomènes que pour les maladies des autres organes. Il n'est pas rare de voir à Berck des suppurations insignifiantes, datant de très longue date, redevenir abondantes dans les premiers temps de séjour, des adénites cervicales de volume moyen, indolores, de consistance dure, à l'arrivée, augmenter de volume, devenir sensibles et molles dans les premières semaines.

Puis, avec l'amélioration de l'état général, tout rentre dans l'ordre et la guérison arrive. Que se passe-t-il au juste, et comment interpréter cette action dite substitutive?

Nous voyons là un des effets de la phagocytose. Sous l'action salulaire de l'air, du régime, de la nourriture, tous les tissus reprennent vie; les tissus mobiles, le sang, la lymphe, les plus importants à considérer, deviennent plus riches, les phagocytes augmentent de nombre et d'énergie; la circulation est plus active; à cause du renouvellement incessant des couches d'air, la température périphérique du corps tendant à baisser, les capillaires se dilatent, donnant passage à une plus grande quantité de sérum microbicide et de phagocytes. Ces faits ont leur expression objective dans l'injection des conjonctives, dans la rougeur des bords ciliaires, dans le larmolement : phénomènes de lutte défensive...

Quoi qu'il en soit de cette explication hypothétique, toutes nos kératites phlycténulaires, sauf une, ont guéri sans taie, sans reliquat d'injection conjonctivale; beaucoup d'anciennes taies ont notablement diminué d'étendue à la suite de nouvelles infections greffées sur leur voisinage. Les blépharites ont aussi guéri, sans qu'il reste de ces squames fines, de ces rougeurs dans l'angle externe, signes d'une récurrence prochaine. Et en dehors du traitement, nous pensons que ces résultats sont assurés par l'activité des échanges, conséquence elle-même de l'heureuse influence de l'air marin.

Quant aux bains, il faut les interdire tant que dure la maladie. Lorsque la guérison est assurée depuis une dizaine de jours environ, on peut les permettre sans inconvénient.

Il faut dire qu'actuellement peu d'auteurs partagent l'opinion du Dr Bergeron qui écrivait : « Nous voyons rarement s'améliorer, le plus souvent s'exaspérer les blépharites chroniques et en général les maladies des yeux. »

M. de Lapersonne dit encore à propos des ophtalmies scrofuleuses : « Les bains de mer, même le séjour au bord de la mer, sont plutôt nuisibles. »

Au contraire, M. Panas considère le séjour marin comme très utile à ces affections.

Dans le traité de Fusch nous trouvons ces lignes : « Pour fortifier les enfants on recourt aux frictions à l'eau froide, au séjour à la campagne, de préférence sur les montagnes ou au bord de la mer.

« Pour éviter les récidives, il est bon, lorsque les symptômes inflammatoires ont disparu, d'employer des bains salés ou des bains de mer ».

M. Trousseau est très affirmatif, à ce sujet. Dans son livre sur *l'hygiène de l'œil* nous relevons les passages suivants :

P. 43 : « Le séjour au bord de la mer est essentiellement favorable aux enfants lymphatiques et strumeux, en puissance de kérato-conjonctivite à répétition, surtout parce qu'il modifie l'état général ; parfois, au début de la cure, il aggrave l'état local. Je conseille d'envoyer les enfants sur une plage assez abritée, à climat tempéré et exposée de préférence aux vents d'ouest. »

Berck réalise ces conditions géographiques : il est protégé par les collines de l'Artois contre les vents du nord, il fait face à l'ouest. La neige y est rare, moins abondante qu'ailleurs et ne dure pas. Malgré la différence des latitudes, il y fait beaucoup moins froid qu'à Paris.

P. 136 : « Le séjour au bord de la mer, loin des grandes villes, le métamorphose (l'enfant scrofuleux) ; aussi doit-on favoriser la création d'établissements analogues à l'hôpital maritime de Berck, à l'intéressant sanatorium de Pen-Bron. »

P. 188 : « Les bains de mer sont très efficaces pour amener les ophtalmies scrofuleuses à marche chronique, ou pour prévenir le retour de ces manifestations, mais ils aggravent les ophtalmies à marche aiguë, à réactions vives. »

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer aux affections des oreilles et de la gorge, qui subiront encore davantage l'influence de l'air marin, en raison de l'action plus immédiate sur les muqueuses des principes chimiques qui s'y trouvent contenus.

Hartmann, dans son *Traité des maladies de l'oreille*, dit : « Les bains de mer sont nuisibles dans la plupart des maladies de l'oreille. Cependant le séjour près de la mer, l'action tonifiante de l'air de la mer, est favorable aux sujets scrofuleux, aux enfants scrofuleux en particulier. »

Moritz Schmidt écrit : « Dans les affections catarrhales des voies respiratoires, l'air de la mer offre par le sel qu'il contient l'avantage de résoudre les crachats.

» Un malade atteint de pharyngite chronique se trouve toujours mieux sur le bord de la mer. »

Et tous les scrofuleux présentent, avec l'hypertrophie des éléments lymphoïdes, du catarrhe pharyngien.

CONCLUSION

Si nous essayons de faire la synthèse de notre travail, nous trouvons entre le point de départ, la scrofule, et le point d'arrivée, l'influence du séjour aux bords de la mer, sur les manifestations scrofuleuses des organes des sens, la filiation suivante :

Il n'existe pas de scrofule héréditaire; les enfants ne naissent pas scrofuleux, ils le deviennent comme ils deviennent tuberculeux. Ils héritent non d'un germe, puisqu'il n'y a pas de germe de cette maladie, non de principes chimiques, on n'en connaît pas, mais du milieu et des conditions morbides susceptibles de troubler leur développement.

Il existe une scrofule acquise, variété plus accusée du lymphatisme, résultante de tous les maux qui atteignent la première enfance: défaut ou vice d'alimentation, d'aération, maladies microbiennes, etc.

Elle se manifeste, en dehors des autres symptômes, par une hypertrophie ganglionnaire généralisée, signe d'infections anciennes ou récentes, plus accentuées partout où les chances d'infections sont plus nombreuses: pli de l'aîne, tête, cou, etc.

Les plus infectés de ces ganglions seront ceux qui s'ouvrent immédiatement sur les cavités, tels que les amygdales et les follicules clos de la bouche et du pharynx: les seuls que nous ayons en vue.

Par suite de leur hypertrophie et de leurs inflammations chroniques, ils deviennent eux-mêmes source d'infections pour les organes qui leur sont adjacents: oreilles, nez, yeux.

Les inoculations de proche en proche sont facilitées par la continuité des muqueuses; et l'examen bactériologique permet d'y retrouver les mêmes germes.

Les inflammations dites scrofuleuses des yeux, du nez, des oreilles sont des maladies locales, dérivant le plus souvent d'une autre maladie également locale: l'hypertrophie du tissu adénoïde naso-pharyngien.

Elles ne sont pas la conséquence du tempérament scrofuleux,

elles dérivent comme lui des conditions nosocomiales antérieures et primitives de la première enfance.

Leur persistance, leurs récidives trouvent leur raison dans l'existence du riche foyer microbien que recèle dans ses cryptes l'amygdale pharyngienne hypertrophiée.

Ce qui prouve cette influence, c'est le parallélisme qui existe entre l'évolution de l'amygdale de Luschka et la marche de ces inflammations. L'amygdale croît de un à deux ans, reste stationnaire de deux à douze ans, et entre en régression de douze à vingt ans.

Les ophtalmies et les otorrhées, les rhinites strumeuses sont rares avant la deuxième année, deviennent plus fréquentes d'année en année, pour atteindre leur maximum de huit à dix ans. Elles redeviennent rares après la puberté.

En raison de cette connexité, il importe dans leur traitement de faire précéder ou coïncider le traitement du rhino-pharynx.

Compter exclusivement sur l'amélioration de l'état général pour leur guérison, c'est se payer d'illusion, c'est même commettre une faute grave qui peut être préjudiciable à l'enfant.

Cela ne veut pas dire qu'il ne faille pas en même temps soigner l'état général; au contraire. Plus les tissus sont riches, bien nourris, plus tôt ils se débarrassent des éléments pathogènes.

La mer est par excellence le traitement approprié à l'état général. Mais elle constitue pour un grand nombre d'auteurs une contre-indication pour les maladies précitées.

Cette opinion a reçu sa consécration pratique dans l'article du règlement d'admission à l'Hôpital maritime de Berck, que nous avons visé dans l'Avant-Propos.

D'après nos résultats, elle nous a paru trop absolue, trop

exclusive. Les ophthalmies, les otorrhées guérissent à la mer comme ailleurs, pourvu qu'on les soigne.

Mais il importe de les soigner. En général elles reçoivent de l'air marin un coup de fouet salutaire si la thérapeutique sait le mettre à profit; plutôt nuisible si, comme il arrive trop souvent, elles sont abandonnées à leur cours naturel.

La mer est un adjuvant utile qui seconde puissamment la thérapeutique, là comme dans les affections osseuses, articulaires, rachitiques, adénopathiques, mais sur lequel il ne faut pas exclusivement compter!

« Par son action excitante, dit le Dr Perrochaud, l'air marin imprime à l'économie une stimulation générale qui active toutes les fonctions et conséquemment dissout les engorgements lymphatiques, agit comme tonique sur les muqueuses, tarit les foyers purulents, affaisse peu à peu les chairs fongueuses, limite la carie des os malades et redonne, pour ainsi dire, la vie à des organes frappés de mort.

» Selon moi, les principes actifs de la mer, qu'on les boive, qu'on s'y baigne ou qu'on les respire, sont la base du traitement le plus efficace de la scrofule. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de Médecine.

Traité de Chirurgie.

CAZIN. — De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants (1885).

PANAS. — Traité d'ophtalmologie.

FUCHS. — Traité d'ophtalmologie.

D^r LAPERSONNE. — Ophtalmologie. Maladies des paupières et des membranes de l'œil.

MORAX. — Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie dans la chirurgie oculaire (1894).

CUÉNOD. — Bactériologie et Parasitologie cliniques des paupières (1894).
Th. de Paris.

TÉTAU. — Influence du traitement rhino-pharyngien sur la conjonctivite printanière et dans certaines formes de kérato-conjonctivites se rapprochant de cette affection (1892). Thèse de Paris.

JAULIN. — Sur la Tuberculose de l'appareil lacrymal (1894). Thèse de Paris.

TROUSSEAU. — Hygiène de l'œil.

Émile BERGER. — Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez et des cavités voisines (1832).

GRELICHE. — Les infections d'origine nasale (1894). Thèse de Paris.

Paul JANY. — Du rapport des maladies de l'oreille moyenne avec les affections du rhino-pharynx (1894). Thèse de Paris.

CHATELIER. — Les tumeurs adénoïdes du pharynx (1886).

LUC et DUBIEF. — Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal aux différents âges.

ESCAT. — Évolution et transformations anatomiques de la cavité nasopharyngienne (1894). Thèse de Paris.

HARTMANN. — Les maladies de l'oreille et leur traitement (1890).

MIOT et BARATOUX. — Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez (1894).

LENNOX-BROWNE. — Traité des maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales (1891).

Paul TISSIER. — L'Ozène (1894).

DAVID. — Les Microbes de la bouche (1890).

SALLARD. — Amygdalites aiguës (1892).

BOULLOCHE. — Les angines à fausses membranes.

COMBY. — Traité des maladies de l'enfance.

BOULAY. — Angines chroniques (Extrait du *Manuel de Médecine*).

PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

